

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Syphilis Osseuse Héritaire Précoce

Valeur du Signe de Wegner au Point de Vue Macroscopique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GÉRARD QUEHEILLE

Né à Villeneuve-de-Marsan (Landes), le 15 Septembre 1886

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE VERDIER

3, Quai St-Clair, 3

—
1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS OSSEUSE HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

VALEUR DU SIGNE DE WEGNER AU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Syphilis Osseuse Héréditaire Précoce

Valeur du Signe de Wegner au Point de Vue Macroscopique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GÉRARD QUEHEILLE

Né à Villeneuve-de-Marsan (Landes), le 15 Septembre 1886

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE VERDIER

3, Quai St-Clair, 3

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . Doyen
J. COURMONT. . . . Assesseur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARO
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Cliniques des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologique	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	X.
Physiologie	GILIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladie des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN. —
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière Médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD. —
Clinique infantile	MOURIQUAND —
Propédeutique urologique	GAYET —
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.) —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THEVENOT	GUILLESMAUD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIERY ch.
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY. ch.

M. BAYLE. Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, président

MM. NICOLAS, assesseur; REGAUD et SAVY, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA TANTE

A MES COUSINS

A MON EXCELLENT AMI
LE DOCTEUR PIERRE GIACARDY
Médecin Aide-Major

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Université de Lyon

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL MARTIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

ET

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE MAROTTE

Major de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Chevalier de la Légion d'Honneur

Je n'oublierai jamais leurs soins
éclairés et affectueux. Qu'ils
veuillent bien accepter l'hom-
mage de ma vive reconnaissance

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous estimons qu'il est de notre devoir, d'offrir ici l'hommage de notre reconnaissance à tous nos maîtres, civils et militaires, qui pendant la durée de nos études médicales nous ont dirigé, encouragé et prodigué le précieux appui de leur science et de leur expérience.

Depuis un an que nous appartenons au Laboratoire de la Clinique Obstétricale, Monsieur le Professeur Fabre nous a toujours réservé le meilleur accueil. Après nous avoir fait bénéficier de son enseignement, il nous a confié ce sujet et nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre jury de thèse. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre vive gratitude.

Nos remerciements iront aussi :

A M^r le Docteur Tillat, chef de Laboratoire, dont les connaissances en radiographie clinique nous ont été précieuses pour la partie radiographique de notre thèse.

A M^r le Docteur Bourret sous la direction duquel nous avons appris la pratique de l'Art des Accouche-

ments. Nous regrettons que des circonstances, indépendantes de notre volonté, nous aient empêché de mener jusqu'au bout le travail qu'il nous avait confié sur les Résultats du Traitement Spécifique dans l'Héredo Syphilis.

A M^r le Docteur Rhenter qui nous a toujours et en toutes circonstances réservé l'accueil le plus cordial. Il nous a aidé de ses conseils et de son expérience. Après nous avoir appris à rechercher le signe de Wegner, il a bien voulu nous confier les nécropsies rapportées dans notre thèse. Elle en constituent la partie originale, nous l'en remercions vivement.

Messieurs les médecins-majors Job et Jude nous témoignent toujours une bienveillance et une sympathie sincères ; notre reconnaissance et notre dévouement leur sont acquis.

A tous ceux qui nous ont témoigné quelque affection, qui partagèrent nos peines et qui, de près ou de loin, nous ont aidé à supporter les rigueurs de certains jours pénibles, nous adressons les plus vifs remerciements.

Que tous nos amis s'y reconnaissent ; qu'ils soient assurés d'une profonde gratitude, d'un entier dévouement et qu'ils veuillent bien croire à notre plus franche et plus inaltérable amitié.

EXPOSÉ GÉNÉRAL DE LA QUESTION

Parmi les altérations que produit la syphilis dans les tissus, il n'en est pas de plus fréquentes que celles qui touchent le tissu osseux.

Mais, d'une façon générale, c'est surtout l'infection acquise qui a le plus largement bénéficié des travaux anatomopathologiques et cliniques des syphili-graphes. Les manifestations de la syphilis héréditaire sont, au contraire, de date relativement récente.

Dans notre modeste étude nous n'aurons en vue que la syphilis héréditaire ; restreignant même notre sujet grâce à des divisions un peu absolues peut-être mais nécessaires et malgré tout classiques, nous ne nous occuperons que des manifestations osseuses de la syphilis existant à la naissance et des manifestations précoces c'est-à-dire faisant leur apparition dans les premiers mois de la vie extra-utérine.

Notre but est de donner une étude d'ensemble de ces lésions, en insistant plus spécialement sur certains points que nous allons préciser.

Dans les chapitres consacrés à l'anatomo-pathologie, nous décrirons un peu longuement le signe de

Wegner et mentionnerons plus succinctement au contraire les travaux de Parrot et de leurs successeurs. Au point de vue clinique, nous attacherons moins à décrire la maladie de Parrot toute entière qu'à montrer ce que les recherches ultérieures ont ajouté à sa symptomatologie. Nous ne discuterons pas les différentes théories émises sur sa pathogénie.

Une étude radiographique, complétée par un cliché pris à la Clinique Obstétricale, nous servira à montrer dans quelle mesure ce nouveau mode d'exposition peut servir au diagnostic.

Enfin dans un dernier chapitre, nous résumerons soixante-sept observations avec autopsies, toutes inédites, provenant de la Clinique Obstétricale de Lyon et dans lesquelles le signe de Wegner a été recherché. Nous pourrons ainsi dans nos conclusions comparer les résultats de Wegner avec ceux que nous avons obtenus au sujet de l'existence et de la fréquence de ce signe dans l'Héredo Syphilis.

HISTORIQUE

Les connaissances précises sur la syphilis osseuse dans les premiers temps de la vie sont, avons-nous dit, de date relativement récente. On pourrait à cet égard les classer en deux périodes :

Une première période pendant laquelle les auteurs ne font guère que soupçonner l'existence de ces lésions et qui va de Rosen (1778) à Ranvier (1805).

Une deuxième période pendant laquelle, à la suite des travaux de Ranvier, Wegner et Parrot, les publications se sont multipliées et poursuivies jusqu'à nos jours.

C'est ainsi qu'en 1778, Rosen estime que pour reconnaître l'existence de la syphilis, il faudra examiner l'état du crâne, des os de la jambe et du bras pour voir s'il y a des tumeurs ou des exostoses.

Underwood, en 1786, considère comme indice très probable de syphilis « quelque relâchement à l'une ou l'autre articulation, ou une exostose à quelque partie que ce soit surtout au crâne comme il l'a vu chez un enfant né d'une mère infectée par son mari et qui ne s'en doutait point. »

Bertin, en 1810, cite l'observation d'un enfant de 35 jours qui présentait une tumeur osseuse sur le grand Trochanter gauche et une périostose de la face supérieure et postérieure du cubitus, qui cédèrent à un traitement mercuriel.

En 1834, Valleix publie dans le *Bulletin de la Société anatomique* des « observations et réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un nouveau né. » Il mentionne l'impossibilité où se trouve l'enfant de remuer le bras gauche, constatant ainsi le fait que Parrot devait décrire plus tard sous le nom de pseudo-paralyse et rapporter à sa véritable nature syphilitique.

En 1854, Diday dans son traité de la syphilis se borne à constater la rareté de la syphilis osseuse chez l'enfant nouveau né.

La même année, Boerensprung rapporte trois observations de syphilis osseuse chez le nourrisson.

En 1864, Ranvier communique à la Société de Biologie une observation qui contient en germe l'histoire de la syphilis osseuse héréditaire. Il s'agit d'un enfant mort à 1 mois et demi et qui présentait une ulcération de nature spécifique au niveau de l'olécrâne. A l'autopsie, Ranvier trouve des gommes du foie et des lésions squelettiques qu'il décrit en ces termes : « Les os présentent une altération curieuse. Toutes les épiphyses sont ou complètement détachées de leurs diaphyses ou si peu adhérentes, qu'il suffit du moindre effort pour les en

séparer. Sur les coupes pratiquées sur ces épiphyses suivant la direction de l'os on a pu observer les détails suivants : la prolifération du cartilage est parfaitement normale dans la portion à laquelle M. Broca a donné le nom de couche chondroïde. Les cellules cartilagineuses sont déversées comme d'ordinaire dans les aréoles osseuses formées par l'incrustation des espaces intercapsulaires. Mais l'ossification est tardive et ce n'est qu'à 1 centimètre de la ligne d'ossification apparente que l'on voit apparaître les premiers corpuscules osseux, tandis qu'à l'état normal on les voit se former au plus à 1 millimètre de cette ligne. »

... Il ajoute plus loin : « Enfin sans vouloir avec ce seul cas rattacher à la syphilis cette sorte d'arrêt de l'ossification, que nous avons observé, nous croyons que la maladie constitutionnelle a pu jouer un rôle important dans la production de ce fait dont nous n'avons trouvé d'analogue ni dans la science, ni dans nos observations antérieures. »

Dès lors, les observations deviennent un peu plus fréquentes.

Fournier, Fürth, Lewies, Gueniot, citent des cas analogues. Mais il faut arriver aux mémoires de Wegner et Parrot pour trouver des descriptions précises sur les lésions syphilitiques des os.

C'est Wegner le premier qui, en 1870, fit paraître dans les *Archives de Virchow* un intéressant mémoire intitulé : De la syphilis osseuse héréditaire chez les jeunes enfants.

Parrot ne fit paraître les résultats de ses recherches

qu'en 1872 dans les *Archives de Physiologie*; ses travaux en effet avaient été interrompus pendant la guerre, mais il est certain qu'il avait déjà en main les matériaux qui firent l'objet de ses communications lorsque parut le mémoire de Wegner. S'il est juste que Wegner ait attaché son nom à la lésion qu'il a le premier bien décrite, il est juste aussi de faire remarquer que Wegner en a donné l'esquisse histologique initiale. D'un autre côté, tandis que Wegner se plaçait au point de vue anatomo-pathologique pur et décrivait surtout les altérations au niveau de la ligne diaphyso-épiphysaire des os longs, Parrot étudiait surtout les productions ostéophytiques, les lésions des os plats, et s'attachant en outre aux formes cliniques, décrivait sous le nom de pseudo-paralysie le tableau que réalisait la lésion osseuse spécifique portée à son plus haut degré.

Les descriptions qui ont suivi n'ont apporté aucun grand changement aux descriptions de Wegner et de Parrot qui restent vraies dans leurs grandes lignes. Elles ont eu surtout pour but de bien individualiser ces manifestations osseuses de la syphilis héréditaire. C'est ainsi qu'au point de vue anatomo-pathologique elles ont bien séparé le rachitisme de la syphilis et ruiné la conception uniciste de Parrot. Au point de vue clinique, elles ont eu pour résultat de démembrer et de simplifier la pseudo-paralysie. Ainsi, tandis qu'elle était nettement différenciée de l'ostéomyélite aiguë des nourrissons, rentraient d'un autre côté dans son cadre les suppurations juxta-articulaires de nature purement syphilitique.

Parmi tous ces auteurs qui, après Wegner et Parrot, ont apporté leur contribution à l'étude de ces manifestations spécifiques, il faut citer les noms de nombreux anatomo-pathologistes et cliniciens : Waldeyer et Kobner dont les recherches sont uniquement du domaine de l'anatomo-pathologie.

En 1873, Charrin dans la *Gazette Médicale de Paris* ; en 1874, Poncet à la Société anatomique ; en 1875, Habb, dans les *Archives de Virchow* ; Taylor, Drey, dans le *Lyon Médical*, Porrak dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* qui publient des cas de lésions osseuses avec décollement épiphysaire.

Pendant cette période, Parrot lui-même qui ne se lassa jamais d'étudier cette question, faisait de nombreuses publications en 1875 à la Société anatomique, en 1877 et 1878, dans le *Progrès Médical*, en 1879, à la Société pathologique de Londres.

Cornil, en 1881, fait paraître son beau livre sur la syphilis et expose très clairement toutes les descriptions données jusqu'à ce jour.

En 1881, MM. Pellizzari et Tafani publient leur mémoire dans les *Archives de toxicologie*.

En 1883, paraît la thèse d'agrégation de Blaise sur l'état actuel de la syphilis héréditaire où il émet l'opinion que la syphilis est non plus la cause unique mais une des causes pathogéniques du rachitisme.

Roger publie la même année ses Recherches cliniques sur les maladies des enfants.

En 1884, Berne étudie la syphilis héréditaire osseuse précoce, il combat notamment les idées de Parrot au point de vue des rapports entre le rachi-

tisme et la syphilis et semble se ranger au point de vue histologique aux idées de Waldeyer et Kobner.

En 1885, paraît dans la *Revue de Médecine* un mémoire de Dreyfous sur les formes cliniques de la maladie de Parrot.

En 1886, nouvelle étude par d'Astres dans le *Marseille Médical* et par Jullien dans son traité des maladies vénériennes.

En 1888. L'attention est attirée sur les lésions suppuratives connexes. Thiéberge dans le *Bulletin de la Société anatomique* publie un cas de lésions suppuratives des os de nature staphylococciques. Il conclut à une infection surajoutée grâce à la pénétration des germes au niveau de la peau excoriée.

En 1889, d'Espère et Picot donnent un bon résumé de la question au point de vue anatomo-pathologique.

En 1891, paraissent une série de travaux tendant à modifier l'opinion de Parrot sur l'évolution fatale de la pseudo-paralysie. Fournier, Cadet de Gassicourt, Sevestre, Baisle, Comby, publient des observations tendant à prouver que la syphilis précoce des os guérit généralement.

En 1894, Aldibert et son élève Dardenne donnent une belle étude de l'ostéomyélite des nourrissons.

Gouetz en 1895, Chollet en 1896, reprennent dans leur thèse la question de la pseudo-paralysie de Parrot.

Moussons en 1895 dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* fait remarquer que les lésions osseuses de la syphilis héréditaire ne sont pas

toujours évidentes mais au contraire souvent latentes.

En 1896 et 1897, Marcel Labbé crée l'histoire de l'exostose comme manifestation de la syphilis héréditaire précoc.

En 1898, Zappert donne une théorie nerveuse de la pseudo-paralysie.

De 1898 à 1904, Hochsinger fait paraître une série de travaux sur l'importance de l'apparition précoce des lésions osseuses et sur les troubles du mouvement concomittants.

En 1900. Thèse de Anna Kalinine. Thèse de Gilbert sur la syphilis osseuse héréditaire.

En 1903, paraissent les leçons de Broca sur la pseudo-paralysie syphilitique des nourrissons dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*.

La même année, signalons la thèse de J. Renaud sur l'ostéomyélite des nourrissons et ses rapports avec la pseudo-paralysie syphilitique, et les communications du professeur Lannelongue qui donne un tableau d'ensemble des lésions osseuses causées par la syphilis aux divers âges.

En 1904. Thèse de Rayot sur l'anatomie pathologique de la syphilis des os longs chez le nourrisson.

En 1905. Levaditi fait à la Société de Biologie une communication sur l'histologie pathologique de l'héredo-syphilis dans ses rapports avec le spirochete pallida.

En 1906, Marfan décrit dans les *Revue des Maladies de l'Enfance* la suppuration juxta-articulaire de nature purement syphilitique.

En 1907, Thomsen publie dans *Bibliotek for Læger* les résultats qu'il a obtenus en radiographiant l'extrémité inférieure du fémur.

Enfin, en 1908, Menard, Le Moine et Penard font paraître dans la *Gazette des Hôpitaux* une étude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire.

En 1908-1909, le professeur Fabre et le docteur Trillat font paraître un article dans la *Société d'Obstétrique* sur l'emploi de la radiographie pour la recherche des lésions du cartilage de conjugaison dans la syphilis héréditaire.

En 1910, M. le professeur Fabre signale dans son *Traité d'Obstétrique* la valeur du signe de Wegner comme signe de certitude dans l'hérédo-syphilis.

Or, en lisant un peu attentivement cet historique on est frappé du petit nombre d'observations ou de mémoires publiés sur la question par les Sociétés Obstétricales. Nous avons nous-mêmes parcouru les traités d'accouchement les plus récents et, exceptés le traité de M. Fabre (1910) et l'ouvrage de Blumm (Berlin 1912), nous avons constaté qu'il n'était fait mention nulle part du signe de Wegner parmi les signes d'hérédo-syphilis. Cependant sa recherche est facile et si l'exposé et la discussion de nos observations nous amènent à lui accorder une réelle valeur, nous estimerons avoir fait œuvre utile. Pour un accoucheur, plus que pour tout autre médecin, poser un diagnostic ferme d'hérédo-syphilis a une importance considérable. Il peut dès lors, par un traitement approprié, permettre à une femme de mener à bonne fin une série de grossesses qui, sans son inter-

vention, se fussent le plus souvent terminées par la mort du fœtus in utero ou par la naissance d'enfants tarés, voués à une déchéance organique, plus ou moins profonde, mais certaine.

PREMIÈRE PARTIE

Etude Anatomo Pathologique

CHAPITRE PREMIER

L'Os chez le Nouveau-Né

Il nous paraît indispensable, avant d'en étudier les modifications de dire quelques mots de la constitution normale des os. Les recherches de Wegner ayant porté sur les os longs, nous en prendrons un comme type, l'humérus par exemple, et nous l'étudierons successivement au point de vue macroscopique et microscopique.

ETUDE MACROSCOPIQUE.— Si l'on fait une coupe médiane et transversale sur l'humérus d'un nourrisson non syphilitique, on peut voir sur les tranches de section les faits suivants : Aux extrémités se trouvent les deux épiphyses cartilagineuses. Au-dessous se présente l'os enchondral. C'est une colonne d'os spongieux en forme de sablier élargie par conséquent près des épiphyses et qui va se rétrécissant au fur et à mesure qu'on se rapproche du milieu de l'humérus. La cavité médullaire est représentée à ce même

niveau par une cavité plus ou moins étendue en hauteur. Latéralement l'os pariétal forme un cylindre compact dont l'épaisseur diminue à mesure qu'on se rapproche des épiphyses cartilagineuses.

Cet os périostique qui engaine l'os enchondral représente, comme le dit Poirier, deux cônes creux continus par leur sommet, qui emboîtent deux cônes pleins d'os enchondral continus eux aussi par leur sommet. Le périoste enveloppe le tout.

a) *Ligue d'ossification et os enchondral.*

Un examen plus attentif va nous permettre de découvrir les faits suivants :

La coloration de la tête cartilagineuse, n'est pas la même dans toute sa hauteur. C'est Ranvier qui a surtout bien insisté sur ces différences d'aspect. La 1^{re} zone occupant la plus grande partie de la tête est uniquement formée de cartilage hyalin. Au-dessous, se trouve une 2^e zone d'aspect bleuâtre qui correspond au cartilage sérié. Son épaisseur varie suivant les os considérés, elle est de 1 millimètre environ au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus. On trouve enfin au-dessous une troisième zone filiforme d'un blanc opaque correspondant au cartilage calcifié : c'est la couche ostéoïde de Ranvier.

C'est au-dessous que se trouve l'os enchondral. Cette limite des deux tissus est marquée par une fente très étroite comme un fil. Sur le versant diaphysaire de la fente se trouve la zone de la ligne d'érosion, zone arquée d'épaisseur uniforme d'aspect spongieux, et beaucoup plus rosée que le reste de l'os enchondral, on peut y voir de fines trabécules perpen-

diculaires à la tête cartilagineuse. Le reste de l'os enchondral moins rosé possède des trabécules spongieuses à même orientation mais beaucoup plus épaisses.

Au-dessous de l'os enchondral par conséquent au centre de l'osse trouve la cavité médullaire effilée en pointe à ses deux extrémités et s'étendant en largeur jusqu'à l'os périostique qui à ce niveau est très épais. Cette cavité médullaire est remplie d'un tissu bistre.

Nous avons vu la constitution de l'os depuis sa partie supérieure jusqu'à sa partie moyenne, au-dessous nous retrouverions la même disposition mais en sens inverse.

b) *Os périostique.*— Il a la forme d'un double cône creux, à base moins épaisse que le sommet. Son aspect est compact, sa coloration blanche. Le périoste l'engaine de son étui membraneux d'un blanc éclatant.

c) *Points d'ossification secondaires.* — Ils apparaissent au sein du cartilage sous forme d'un cercle d'aspect spongieux, de coloration rouge, entourés par une zone assez épaisse, d'un blanc opaque correspondant à du cartilage calcifié. L'apparition de ces différents points est très variable suivant les os; pour les uns ils existent à la naissance, chez d'autres ils ne se montrent que tardivement. Pour l'humérus le point céphalique se rencontre du 3^e au 4^e mois. Les autres n'apparaissent qu'à partir de 2 ans.

ETUDE MICROSCOPIQUE. — Elle ne s'applique qu'à des prématurés ou à des enfants n'ayant pas plus de 7 mois de vie extra-utérine.

a) *Ligne d'ossification et os enchondral.* — Sur des coupes on trouve des modifications histologiques correspondantes aux zones différenciées à l'œil nu.

La 1^{re} zone uniquement formée de cartilage hyalin qui constitue la majeure partie de l'épiphyse supérieure. Elle contient de nombreux vaisseaux.

La 2^e zone bleuâtre correspond au cartilage sérié. Elle est caractérisée par l'agrandissement des cellules cartilagineuses et de leurs noyaux, leur prolifération, leur groupement en piles de monnaies. Simultanément leurs capsules se sont agrandies réduisant d'autant les espaces de substance fondamentale situés entre elles.

La 3^e zone est la zone ostéoïde de Ranvier, caractérisée par la présence de granulations calcaires sur les capsules et au sein de la substance fondamentale, donnant ainsi cet aspect blanc éclatant si bien visible à l'œil nu.

Plus bas enfin est la ligne d'érosion. Le cartilage sérié éventré a pris la forme de boyaux creux. Dans ces canaux se trouvent des vaisseaux dilatés et les éléments de la moelle fœtale. Plus bas, le tissu osseux apparaît; on voit sur les bords des cavités des travées osseuses déjà formées, on peut assister à l'apposition de jeunes ostéoblastes, d'abord sans prolongement puis se creusant de canaux étoilés et

destinés à créer de nouvelles trabécules. Ceci se constate dans les points les plus rapprochés de la ligne d'érosion.

L'os enchondral est mince ; c'est qu'il a été résorbé en grande partie pour faire place au canal médullaire rempli de moelle qui s'étend transversalement jusqu'à l'os périostique. Au-dessous nous trouverions la même disposition mais en sens inverse.

b) *Os périostique.* — Le périoste constitué par des faisceaux conjonctifs entre lesquels se trouvent des cellules conjonctives, des vaisseaux, des cellules jeunes se caractérise par ce fait que ces éléments vasculaires et cellulaires deviennent très abondants formant la couche ostéogène d'Ollier. Aux deux extrémités, supérieure et inférieure, cette couche ostéogène se continue avec le cartilage d'accroissement en formant une rigole qui fait le tour de l'os.

En dedans de ce périoste se trouve l'os périostique. Son édification se fait pour ainsi dire en deux temps. Au début il a un aspect spongieux dont les mailles sont délimitées par les fibres conjonctives osséinées. Cet aspect persiste un certain temps après la naissance. Le 2^e temps est caractérisé par la régularisation des travées spongieuses en canaux haversiens primitifs, et bientôt on a des systèmes de havers typiques et des systèmes intermédiaires haversiens.

Des assises régulières de tissu osseux compact se disposent à la surface externe représentant le systè-

me périphérique externe. L'os périostique ainsi formé est beaucoup plus épais au milieu de l'os qu'aux extrémités.

c) *Point d'ossification secondaire.* — Si l'on fait une coupe au niveau du point d'ossification, on voit que des travées irrégulières de tissu osseux spongieux en occupent le centre. Entre elles se trouvent de la moelle jeune et de nombreux vaisseaux. A la périphérie se trouve du cartilage sérié disposé en files rayonnantes et non plus en files axiales.

d) *Moelle osseuse.* — Elle joue un rôle important dans l'édification et le remaniement de l'os normal, ainsi que dans les réactions pathologiques.

Cette moelle embryonnaire de couleur rouge, est constituée par un stroma conjonctif délicat, sans fibres élastiques. Les cellules de ce tissu conjonctif tantôt plates, tantôt ovalaires à contours souvent anguleux qui sont les osthéoblastes. On y trouve également quelques rares cellules adipeuses, des médullocelles à gros noyau qui sont des leucocytes jeunes, des cellules à noyaux bourgeonnant, des myéloplaxes, et ce qui est surtout caractéristique des globules rouges à noyaux. Notons enfin la présence de vaisseaux énormes, irrégulièrement dilatés et constitués uniquement par des cellules endothéliales.

CHAPITRE DEUXIÈME

Etude Macroscopique des Lésions de la Syphilis Osseuse Héréditaire

Dans ce chapitre nous aurons surtout en vue les lésions des os longs des membres ; nous dirons cependant quelques mots des lésions des os plats et en particulier des os du crâne, et avant de passer à l'étude histo-pathologique nous parlerons de la répartition de ces lésions osseuses sur le squelette.

§ I. DESCRIPTION GÉNÉRALE MACROSCOPIQUE DES LÉSIONS OS LONGS

a) *Description de Wegner.* — Wegner admet 3 stades dans l'évolution des altérations qu'il a trouvées chez les nouveaux-nés syphilitiques,

Premier Stade : Après avoir rappelé l'aspect normal de la ligne diaphyso-épiphysaire, Wegner écrit « Mais ici, l'on constate la présence, entre le cartilage et la véritable substance spongieuse d'une, cou-

che, d'une largeur atteignant 2 millimètres, limitée aussi bien du côté du cartilage que du côté de l'os, qui se présente sous la forme d'un trait ayant tantôt une direction plus droite, tantôt quelque peu ondulée, accidentée, bosselée qui frappe immédiatement par sa coloration d'une blancheur éclatante ou rosée, et contraste aussi bien par sa teinte que par sa constitution, en quelque sorte plus dense, plus homogène, sur le tissu osseux contigu réticulé et rougeâtre. La substance qui forme cette couche est d'une consistance friable, cassante.

Deuxième Stade : « Les transformations au cours de ce Stade frappent encore plus vivement nos yeux. Ici ce n'est pas seulement la zone d'infiltration calcaire qui est encore plus étendue, plus massive jusqu'à 4 millimètres. Mais ce qui est particulièrement caractéristique de ce stade, c'est l'irrégularité poussée au dernier degré de la ligne de démarcation du côté du cartilage. Au lieu de la ligne normale, nous voyons ici en coupe longitudinale de nombreuses saillies de la masse brillante d'infiltration calcaire, tantôt serrées, tantôt plus larges, tantôt plus étroites, plus hautes, plus profondes, accidentées, verruqueuses, bosselées, s'étendre dans le cartilage hyalin. En quelques points leur base est si large et s'amincit en s'élevant progressivement vers le haut que leur aspect rappelle spontanément la disposition papillaire de la peau.

En même temps la zone de cartilage hyalin ainsi pénétrée présente ça et là sur la surface de section des

saillies gélatineuses d'une constitution particulièrement molle et d'une transparence bleuâtre. »

Troisième Stade : « Le périchondre et le périoste sont augmentés de volume à la ligne diaphysaire. Sur une coupe longitudinale, on a un aspect très varié en teintes au lieu de passage de la substance spongieuse de la diaphyse au cartilage épiphysaire.

La couche inférieure du cartilage hyalin est d'une transparence bleuâtre, humide, jaillissant sur la surface de coupe.

Au-dessous d'elle une substance trouble gris jaunâtre, irrégulière, de consistance dure, mais cassante à tel point qu'avec la pointe du couteau on peut facilement en détacher quelques parcelles.

Au-dessous enfin se trouve une couche d'aspect dentelé, d'une coloration variant du gris rougeâtre au gris jaunâtre, parfois couleur de pus, d'une consistance totalement molle, dans quelques cas isolés visqueuse et qui se perd peu sans limites tranchées dans la substance spongieuse de la diaphyse située au-dessous.

A la suite de la venue de cette couche molle, entre le cartilage épiphysaire et la diaphyse, la solide cohésion des deux parties est naturellement supprimée ; si l'on pousse ces deux parties l'une contre l'autre on sentira une légère crépitation, diaphyse et épiphyse ne sont maintenues dans leur position que par le périoste situé tout autour et épaissi.

Concurremment on trouve une lésion de la moelle des os tantôt très étendue, tantôt se présentant sous

forme de foyers isolés et qui est caractérisée à l'œil nu par une teinte jaune rosée.

b) *Description de Parrot.* — Parrot admet aussi cette division en degrés de la syphilis héréditaire, mais il insiste surtout sur les productions ostéophytiques nouvelles et les met au premier plan.

Premier degré. — Les os sont plus lourds qu'à l'état normal ; la diaphyse des os longs et surtout leur extrémité inférieure est enveloppée par des productions ostéophytiques denses de teinte jaune paille. La couche chondrocalcaire plus épaisse qu'à l'état normal est légèrement mamelonnée. Ce premier degré se trouve chez les prématurés ou les enfants qui n'ont vécu que quelques semaines.

Deuxième degré. — Les couches osseuses nouvelles sont plus poreuses, aussi l'os est-il moins lourd. Au voisinage de la tête cartilagineuse, dans le tissu osseux, on voit des taches jaune serin, formées d'une substance molle qui deviennent confluentes : c'est l'atrophie gélatiniforme, consécutivement les épiphyses tendent à se disjoindre de la diaphyse.

Ce degré se constate du troisième au cinquième mois de la vie extra-utérine.

Troisième degré. — Les ostéophytes se médullisent c'est-à-dire que les canaux osseux s'élargissent en se remplissant de moelle. L'extrémité inférieure des os longs augmente de volume par la production de plusieurs couches d'ostéophytes.

Quatrième degré. — La diaphyse devient poreuse à sa périphérie et vers ses extrémités qui confinent au

cartilage. C'est dans ces deux derniers degrés que le rachitisme, d'après Parrot, se rapproche de la syphilis osseuse.

c) *Recherches ultérieures.* — Peu de choses ont été ajoutées aux descriptions de Wegner et Parrot qui restent vraies dans leurs grandes lignes. Cette étude macroscopique a été simplement complétée par la description de l'exostose syphilitique.

Les exostoses au lieu d'être comme les ostéophytes des épaissements allongés, se présentent comme des épaissements beaucoup plus considérables et beaucoup moins étendus dans le sens longitudinal.

Signalés pour première fois par Bertin, en 1810, par Fournier, en 1865. M. Labbé en a publié deux cas avec autopsie dans la *Revue d'Orthopédie*. (Mars 1897).

Cette exostose qui coexistait avec une disjonction épiphysaire et des ostéophytes était « saillante, recouverte par le périoste, occupant la face antérieure, interne et externe de l'épiphyse autour de laquelle elle formait une sorte de collier, ininterrompu seulement sur la face postérieure.

Cette exostose, haute de 1 centimètre et large de 1 centimètre et 1/2 était constituée par trois masses arrondies, mamelonnées dont la plus considérable égalait en volume, les deux trochanters réunis. » A la coupe, on voyait un tissu osseux compact séparé de la moelle par une ligne verticale présentant quelques vaisseaux,

§ II. DESCRIPTION GÉNÉRALE MACROSCOPIQUE DES ALTÉRATIONS DES OS PLATS

Quoique ne nous étant pas occupé dans les observations qui suivront de la recherche de ces lésions, nous les décrirons cependant pour être complet. La même remarque s'applique au chapitre consacré à l'histopathologie de ces lésions.

On peut décrire deux variétés principales de ces altérations :

1° La transformation gélatiniforme de quelques points du squelette.

2° Production sous le périoste d'ostéophytes poreux, formés par des trabécules perpendiculaires à la surface de l'os qui circonscrivent de larges espaces médullaires.

Ce sont surtout les os plats du crâne qui présentent ces altérations. Les ostéophytes se présentent sous forme de saillies lenticulaires, de couleur rouge qui tranchent bien sur le reste de l'os ; ils s'étendent de leur point d'origine sur les parties environnantes. Ils s'accroissent également en épaisseur pour acquérir une consistance très dure à la fin de la période d'activité du squelette, à la suite du rétrécissement des espaces médullaires. Parrot a également décrit sur les os du crâne des perforations qui constituent une toute autre variété lésionnelle. A l'aide de pièces macérées et séchées, il a montré que l'usure commençant par la table interne marchait progressivement vers la table externe. Il y avait ainsi production de perforations dont le diamètre très variable atteignait en moyenne

1 millimètre. Quant à l'ouverture, taillée en biseau, elle était seulement visible de la face interne.

On conçoit que, suivant la localisation et la confluence de ces différents points de la surface interne du crâne, l'on ait des dépressions, des crêtes, dont l'aspect général se rapproche assez bien de celui des contrées montagneuses sur les cartes en relief.

§ III. - RÉPARTITION SUR LE SQUELETTE ET DE CES LÉSIONS

La répartition sur les os longs varie suivant les auteurs :

D'après Wegner, c'est l'extrémité inférieure du fémur qui est le plus souvent touchée ; puis viendraient l'extrémité inférieure des os de la jambe et de l'avant-bras, l'extrémité supérieure du tibia, du fémur et du péroné. En dernier lieu, l'extrémité supérieure de l'humérus, du radius et du cubitus. L'extrémité inférieure de l'humérus serait toujours faiblement atteinte. Wegner ajoute cette remarque générale, que ce sont les os dont l'allongement est le plus rapide qui y sont le plus disposés.

Pour Parrot, c'est également le fémur qui présente les lésions les plus avancées. Il pose d'ailleurs en règle générale que les os longs les plus volumineux sont les plus malades. Après le fémur viennent donc l'humérus et le tibia ; en troisième ligne, le cubitus et le radius, le péroné et les côtes, l'os iliaque, l'omoplate ; les métatarsiens et les métacarpiens occupent la fin de la série. Enfin pour tous ces os les lésions sont symétriques.

Si l'on envisage maintenant la distribution des lésions sur chaque os en particulier, on peut faire avec Parrot quelques remarques intéressantes. Les lésions intra-osseuses sont constantes mais rarement égales aux deux extrémités; elles sont toujours plus marquées au niveau de l'épiphyse fertile. Ici, c'est-à-dire pour le membre supérieur, au niveau des épiphyses situées loin du coude, pour le membre inférieur au niveau des épiphyses situées près du genou (Ollier).

Les productions ostéophytiques sont pour le même auteur moins fréquentes. Elles existent habituellement du côté de l'épiphyse la plus altérée. Quand il y en a aux deux extrémités, elles sont surtout développées autour de l'épiphyse la moins malade.

La répartition des ostéophytes sur les os du crâne est assez caractéristique. Ils siègent surtout sur les deux frontaux et les deux pariétaux, ils sont disposés presque toujours symétriquement de part et d'autre des sutures sagittale et métopique. Les perforations, rares sur les frontaux, se voient autour du bregma et sur les pariétaux. Ces altérations congénitales occupent comme on le voit la partie antéro-supérieure du crâne, elles sont pérébregmatiques. Celles qui se développent après la naissance occupent plutôt la région postérieure et inférieure du crâne.

CHAPITRE TROISIÈME

Étude Histo-Pathologique des Lésions de la Syphilis Osseuse Héréditaire Précoce

Nous reprendrons ici le plan que nous avons suivi pour l'étude macroscopique ; c'est-à-dire que nous envisagerons successivement les os longs et les os plats.

Les successeurs ont d'ailleurs ajouté bien peu de choses aux travaux primitifs de Ranvier, Wegner, Parrot, Waldeyer et Kobner. Ils ont vérifié plutôt l'exactitude des descriptions faites par leurs devanciers. De Cornil, en 1879, à Hochsinger, les différents auteurs n'ont fait qu'adopter les vues des premiers auteurs. Nous ferons une exception pour M. Labbé qui, en 1897, a donné une description minutieuse de l'exostose syphilitique du nouveau né.

§ I. — HISTO-PATHOLOGIE DES LÉSIONS DES OS LONGS

Il est incontestable que le premier mérite de cette description revient à Ranvier.

L'observation qu'il avait publiée et que nous avons en partie reproduite au cours de notre historique, montre bien qu'il avait vu la lésion capitale du cartilage et qu'il avait rapporté cette lésion à sa véritable nature syphilitique. Nous devons regretter, nous Français, qu'il n'ait pas donné une description macroscopique des lésions, cela nous aurait permis de donner son nom à cette lésion qu'il a, somme toute, découverte.

Le mérite de Wegner est d'en avoir donné une bonne description macroscopique et d'avoir au point de vue histologique poussé plus avant dans la voie que Ranvier lui avait ouverte.

a) *Description de Wegner :*

Premier stade. — « A l'examen microscopique, on peut voir facilement que c'est à cause de sa trop grande expansion que la zone d'infiltration calcaire se présente ici avec une allure macroscopique. Les lignes de séparation plus ou moins irrégulières ressortent d'une façon encore plus nette, du côté de l'os comme du côté du cartilage. Les cellules cartilagineuses ayant proliféré d'une façon exagérée, sont serrées les unes contre les autres dans des boyaux également plus longs qu'à l'état normal.

Le fait pathologique du processus de croissance semble donc résider en ceci : d'une part, a lieu une certaine augmentation de la prolifération des cel-

lules cartilagineuses, tandis que d'autre part il se fait une stagnation, un retard dans la transformation de la masse cartilagineuse incrustée en os proprement dit. »

Deuxième stade. — « Au microscope, les travées longitudinales du cartilage en voie d'accroissement montreront une plus forte prolifération qu'au premier stade et de plus des cellules très rapprochées et peu de substance intercellulaire.

Les vaisseaux du cartilage sont abondamment développés, revêtus dans leurs canaux par une quantité considérable de tissu fibreux.

Déjà, un espace important au-dessus de la ligne d'ossification proprement dite est scléreux : c'est la substance cartilagineuse fondamentale qui forme la paroi de ligne d'ossification et diminue vers le bas. En beaucoup d'endroit il se développe, aussi bien aux dépens du tissu cartilagineux qui forme la paroi des canaux que du tissu médullaire qui engaine les vaisseaux, de la substance ostéoïde et plus tard des os véritables.

Avec la sclérose et une transformation ultérieure dans le tissu ostéoïde, on trouve aussi tout près, dans le pourtour des vaisseaux du cartilage et suivant leur distribution, une autre modification du cartilage, à savoir : l'imprégnation calcaire de la substance intercellulaire et plus tard aussi des cellules. Ce sont ces parois calcaires qui constituent les papilles déjà signalées.

En même temps se forme aux dépens du périchon-

dre et plus haut que cela ne devrait être normalement de la substance osseuse vraie.

À cette zone en fait suite une autre dont l'ossification est arrêtée à la phase préparatoire de calcification : il n'y a ni formation de corpuscules osseux, ni apparition de vaisseaux sanguins (ce dernier point est pour la suite d'une grande importance) En somme il y a « stagnation du cartilage calcifié. »

En rassemblant les résultats nous dirons : prolifération des travées cartilagineuses, sclérose précoce et calcification de la substance intercellulaire. Par endroits, formations ostéogènes en plein cartilage. Vers le bas, contre la substance osseuse spongieuse, stagnation dans la calcification du cartilage. Retard de la transformation de ce dernier en tissu osseux. »

Troisième stade. — « A l'examen microscopique on constate que cette couche est constituée par des cellules de pus, avec une substance intercellulaire située dans un tissu de granulation. Concurrément, on trouve une dégénérescence très prononcée des éléments de la moelle et des parois vasculaires. Les cellules cartilagineuses ont un noyau ratatiné et sont remplies de granulations graisseuses. Le périoste s'enflamme dans toute la diaphyse des os longs.

En somme, le retard de l'ossification, l'incrustation calcaire du cartilage, l'insuffisance de sa nutrition et la dégénérescence atrophique et graisseuse des cellules du cartilage déterminent entre l'épiphyse et la diaphyse une masse nécrosée qui irrite l'os vivant. L'inflammation de l'os, l'ostéomyélite qui s'établit là détermine un décollement des épiphyses.

b) *Description de Parrot.* — Tandis que Wegner avait surtout bien mis en évidence les altérations du cartilage, Parrot a eu le mérite de rassembler et d'étudier sous le nom de ramollissement gélatineux et puriforme les altérations diffuses des os.

Premier degré. — Se caractérise par la prolifération exagérée des cellules cartilagineuses qui prennent une forme sphéroïdale et s'imprègnent de granulations graisseuses. La zone chondroïde s'épaissit et se ramollit. La zone chondro-calcaire devient également très épaisse par l'incrustation de sels calcaires.

Deuxième degré. — Se caractérise par le processus de dégénérescence gélatiniforme. Cette matière est constituée par de fines fibres conjonctives, entre les mailles desquelles on trouve des cellules analogues à celles de la moelle osseuse, des particules plus ou moins décalcifiées, des granulations et même de la graisse.

Troisième degré. — La matière puriforme apparaît, mais ce n'est pas du pus véritable.

Quatrième degré. — Il y a formation de pus véritable sous l'influence de l'irritation des fragments.

Tandis que Wegner n'avait fait qu'indiquer l'ostéophyte, Parrot en a donné une description presque parfaite.

Les ostéophytes présentent de longs espaces ellipsoïdes disposés parallèlement au grand axe de la diaphyse. Les trabécules qui les limitent contiennent un tissu fibrillaire traversé par quelques vaisseaux et contenant des granulations graisseuses. Les cor-

puscules osseux des trabécules ont un volume plus considérable et montrent une grande irrégularité dans leur groupement.

Cornil a vérifié l'exactitude de cette description en étudiant les ostéophytes d'un tibia d'enfant de deux mois. Comme il le fait bien remarquer, ce qu'il y a de plus anormal dans ces productions osseuses nouvelles : c'est la présence de tissu fibreux à la place de tissu médullaire. En somme, dit-il, cette ossification irrégulière a lieu ici en effet uniquement aux dépens du périoste et du tissu fibreux qui émane du périoste.

c) *Description de Waldeyer et Robner.* — Elle ne relate que des altercations du cartilage diaphyso-épiphysaire sans mentionner les productions périostales.

Ils ont à peu près vérifié la description de Wegner. Cependant le tissu périvasculaire des boyaux irréguliers de l'ossification n'a pas les caractères du tissu médullaire. Il est formé par des éléments ronds ou pointus anastomosés entre eux et difficilement séparables. Il est en outre parcouru par de nombreux vaisseaux.

C'est ce même tissu qui prend l'aspect de pus dans les cas de décollement épiphysaire. Mais ce n'est pas du pus véritable, c'est du tissu gommeux.

En effet, l'idée directrice de Waldeyer c'est que les lésions observées sont des lésions spécifiques, gommeuses.

d) *L'exostose syphilitique.* — Sa description en est

due toute entière à M. Labbé : A la surface de l'exostose au sein de laquelle il envoie des prolongements se trouve le périoste épaissi ; au-dessous on trouve du tissu osseux organisé en système haversiens ; puis les ostéoblastes diminuent et sont remplacés par des capsules de cartilage. A la base de l'exostose on trouve du cartilage calcifié dont les cellules sont très volumineuses, tandis que la substance intermédiaire est peu abondante. Enfin on retombe sur la moelle diaphysaire, surtout fibreuse.

Ainsi ce tissu osseux serait formé de deux parties d'origine différentes : la partie superficielle formée par le périoste, la partie profonde par le cartilage calcifié.

e) *Autres recherches.* — Parmi les auteurs qui après Wegner se sont occupés des altérations du cartilage de conjugaison, il faut en citer un certain nombre qui, sans ajouter à ces descriptions rien d'essentiel, ont eu le mérite de les vérifier et les compléter.

Tout d'abord Cornil, qui a successivement noté la disposition en rivulation des cellules cartilagineuses en sels calcaires. La couche chondroïde démesurément accrue en longueur n'est pas pénétrée par les vaisseaux. Il n'y a donc pas formation de travées osseuses. Le cartilage ne s'ossifie pas et l'os se sépare de la couche chondro-calcaire. Il peut en résulter la disjonction des deux parties de l'os au niveau de la ligne d'ossification, sans que l'enveloppe fibreuse de l'os présente une solution de continuité.

Le professeur Tripier qui a donné une description magistrale des phénomènes inflammatoires n'a pas étudié le cas particulier de la syphilis osseuse.

Plus récemment, Hochsinger a repris l'étude très approfondie de ces lésions. Sans entreprendre encore une nouvelle description histologique nous dirons simplement que cet auteur distingue « des troubles de développement et des phénomènes inflammatoires dans le cartilage épiphysaire, une inflammation hyperplasique du périoste, un processus de raréfaction dans les tissus osseux, la formation d'espaces médullaires anormaux dans ces mêmes parties ainsi que dans le cartilage, une calcification surabondante du cartilage sur les limites de l'épiphyse, une prolifération inflammatoire des éléments cellulaires dans les espaces médullaires de l'os, des altérations regressives des cartilages où siègent ces lésions diffuses ainsi que de la moelle osseuse, des processus nécrotiques dans les zones d'accroissement et de calcification du cartilage hyalin ainsi que dans les espaces médullaires en voie de formation, de la calcification ou une résorption du tissu osseux. Simultanément on observe des ostéphytes souspériostés diffus et une raréfaction des parties profondes. »

Telles sont, brièvement résumées, les principales études qui ont porté sur les lésions du cartilage de conjugaison. Leur description en est peut-être un peu longue et pénible, elle nous a cependant paru nécessaire pour la compréhension du sujet.

§ II. — HISTO-PATHOLOGIE DES LÉSIONS DES OS PLATS

Nous avons vu que la lésion capitale consistait en la production d'ostéophytes. Leur description ressemble dans ses lignes générales à celle que nous avons déjà donnée pour les os longs et nous ne saurions y revenir ici sans nous exposer à des redites.

§ III. — HISTO-PATHOLOGIE DES LÉSIONS MUSCULAIRES ET NERVEUSES CONCOMITANTES.

Pour être complet, nous dirons quelques mots des lésions musculaires et nerveuses dans les points où muscles et nerfs se trouvent en contact avec les os malades.

Les muscles sont indurés, parfois présentent des hématomes qui sont le plus souvent d'origine traumatique. On n'y trouve pas de gommes mais de simples lésions inflammatoires liées à l'infiltration syphilitique qui se répand autour de l'extrémité osseuse atteinte. Il s'agit d'une infiltration diffuse de petites cellules avec des néoformations vasculaires dans les parties correspondant aux insertions, et des altérations parenchymateuses des fibres musculaires.

Les nerfs présentent également quelques lésions inflammatoires au voisinage immédiat des parties malades.

CHAPITRE QUATRIÈME

Nature des Lésions - Leur Pathogénie

Nous avons été obligé d'en parler quelque peu au cours de notre étude histo-pathologique. Nous allons ici les développer et les présenter dans leur ensemble.

Pour Wegner, qui a exposé son opinion dans son chapitre intitulé Genèse, la nature de ce processus est suivant son expression, irritatif. En effet la calcification anormale du cartilage combinée à l'absence de vaisseaux, détermine la mortification de ce dernier. Ce cartilage se comporte dès lors comme un corps étranger, d'où inflammation au niveau de la ligne diaphyso-épiphysaire. Cette ostéo-chondrite amène la séparation des deux parties de l'os, diaphyse et épiphyse.

Parrot s'élève avec force contre le terme inflammatoire pour désigner ce travail pathologique, et en même temps contre la conception générale de Virchow tendant à réduire à un travail inflammatoire non seulement tout phénomène morbide mais aussi la plupart des phénomènes physiologiques. « Ces

lésions, dit-il, ne sont pas univoques ; car, d'un côté, on observe à l'extrémité de la diaphyse tout près du cartilage une atrophie des tissus spongieux et chondro-calcaires, d'autre part on constate sous le périoste une hypergénèse osseuse des plus actives. Ainsi en certains points la formation est excessive ; sur d'autres, au contraire, non seulement elle s'arrête, mais encore elle est remplacée par une tendance à la destruction, Trop d'un côté, pas assez de l'autre. L'on trouve en excès à la périphérie ce qui manque au centre. Il se passe quelque chose d'analogue à ce que les anciens auraient appelé une erreur de lieu. » Aussi, reconnaissant l'impossibilité de se servir de termes trop précis pour désigner un phénomène pathologique insuffisamment connu, il préfère l'appeler une dystrophie syphilitique des os,

Pour Waldeyer, ces altérations traduisent un processus gommeux. M^r Labbé compare son exostose à un col exhubérant.

Les auteurs, comme on le voit, sont loin de s'entendre sur la nature intime des phénomènes si divers qui apparaissent dans la syphilis osseuse. Il nous sera peut-être plus facile d'en donner la cause première.

Parmi ces phénomènes en effet, il en est deux surtout qui frappent par leur opposition : l'atrophie d'un côté, la néoformation de l'autre. C'est pourtant là une loi de pathologie générale que ce mélange de processus destructifs et productifs.

L'histoire générale des ostéites au point de vue histologique est là pour montrer qu'à l'ostéite raré-

fiente, résultant de l'irritation de l'os par une cause mécanique ou par des toxines, s'oppose une ostéite productive ou condensante destinée à limiter la nécrose. Cette ostéite productive peut siéger dans l'os lui-même, sous le périoste.

D'ailleurs au point de vue clinique, à côté de l'ostéomyelitenécrotique ne voit-on pas ces formes chroniques à hyperostoses. Dans les ostéites à bacille de Koch le processus est encore le même.

Dans ces affections on peut retrouver le microbe causal au niveau de la lésion (staphylocoque - bacille de Koch...)

Or si l'on connaissait la grande affection du virus syphilitique pour les tissus lymphoïdes, et l'os est très riche en tissus de cette espèce, on n'avait point jusqu'ici réussi à y trouver l'agent causal. Ce n'est que tout récemment que Levaditi, Nobecourt et Sauvage ont découvert des tréponèmes dans la moelle osseuse. Butarelli a également noté la présence de ces parasites dans un cas d'ostéochondrite syphilitique. Sakurane a fait la même constatation.

Dès lors, considérant la richesse vasculaire énorme du périoste et du cartilage d'accroissement à cet âge, jointe à l'imprégnation massive spécifique chez le jeune hérédo-syphilitique, tout cela tend à nous faire admettre une action directe des microbes et de leurs toxines sur les points altérés provoquant là une inflammation de nature syphilitique.

DEUXIÈME PARTIE

Etude Clinique et Radiographique

CHAPITRE PREMIER

Étude Clinique

Nous éliminerons de cette étude la symptomatologie d'un certain nombre de lésions considérées par Parrot comme spécifiques, et qui appartiennent au rachitisme.

Nous avons pas voulu au cours de notre étude anatomo-pathologique, et pour ne pas compliquer une description déjà assez obscure, envisager cette question de la connexité du rachitisme et de la syphilis. Elle ne fait en réalité point partie de notre sujet, nous n'en dirons que quelques mots uniquement pour le limiter.

Parrot a voulu démontrer que le rachitisme dérivait toujours de la syphilis héréditaire. Il s'appuyait sur des arguments anatomo-pathologiques et sur la fréquence des stigmates de l'hérédo-syphilis chez les rachitiques. Sans entrer dans les détails d'une discussion aussi ardue, nous dirons, pour résumer les

idées qui nous paraissent actuellement admises que le rachitisme peut exister en dehors de la syphilis. Cependant tandis que Fournier admet que l'hérédosyphilis, de même que toutes les tares héréditaires ou acquises, prédispose au rachitisme, mais ne suffit pas à le créer, Marfan va plus loin, il admet la syphilis comme une des causes, mais non la seule, du rachitisme.

Le rachitisme d'origine syphilitique serait donc, d'après lui, le résultat d'une réaction défensive générale de l'organisme contre ce tréponème quels que soient ses foyers de localisation, l'ostéochondrite du nouveau-né au contraire serait due à la fixation et à la pullulation du tréponème sur le tissu osseux.

Parmi les formes cliniques contestées et malgré l'opinion de Marfan qui voit là du rachitisme d'origine syphilitique, nous considérerons le cranio-tabès congénital et le crâne natiforme apparaissant dans les premiers mois relevant uniquement de la syphilis héréditaire.

Ceci dit, suivant le plan que nous avons établi au début de cet ouvrage, nous envisagerons successivement les os longs et les os plats.

I. — SYMPTOMATOLOGIE RÉSULTANT DES ALTÉRATIONS DES OS LONGS.

Parmi les os longs, il en est une catégorie : les phalanges qui sont intéressées et principalement celles des doigts.

On constate une tuméfaction sensible à la pression

mais ne présentant généralement pas de douleurs spontanées. La déformation du doigt en est la conséquence et elle peut affecter parfois des formes caractéristiques; soit la forme d'une *bouteille* si la première phalange est seule malade, soit la forme d'une *quille* si la phalangine et la phalangette sont tuméfiées. On a parfois donné le nom de « spinosa ventosa syphilitique » à cette dernière déformation.

Ces phalanges s'accroissent en longueur, la peau qui les recouvre s'amincit, devient brillante ou rosée. Les ongles sont souvent altérés mais sans ulcérations.

Les articulations interphalangiennes sont rarement atteintes; les massifs osseux carpiens et métacarpiens d'un côté, tarsiens et métatarsiens de l'autre peuvent être affectés simultanément, mais rarement de façon exclusive. Ces lésions coïncident avec les manifestations cutanées, parfois même elles les précèdent.

Le diagnostic de ces lésions est facile, surtout lorsque le gonflement très prononcé entraîne la déviation des doigts ou orteils voisins, mais il n'est pas toujours posé en raison de leur indolence et surtout de l'attitude fermée de la main.

Que vont devenir ces lésions? Vont-elles rétrocéder ou évoluer vers la carie osseuse et l'ulcération? On peut dire que ces complications des altérations syphilitiques des phalanges ne se voient que chez des enfants ayant dépassé leur première année, et que d'une façon générale, elles ont une tendance à rétrocéder spontanément.

Mais ce sont surtout les altérations des os longs des membres qui donnent lieu à des constatations cliniques intéressantes.

Dans un premier cas, les extrémités osseuses sont simplement tuméfiées donnant aux os la forme d'une poire ou d'un fuseau. Ces tuméfactions, toujours douloureuses à la pression, siègent aux extrémités de la diaphyse. Chez quelques sujets, on peut sentir par la palpation de la région moyenne des membres, même à travers les parties molles, des nodosités dures de forme olivaire. Elles correspondent, d'après Parrot, à des fractures ou simplement à la brisure de quelques lamelles diaphysaires qui ont provoqué immédiatement la formation d'un cal ; elles ne s'accompagnent d'ordinaire d'aucun trouble fonctionnel.

Mais Parrot a décrit aussi des fractures beaucoup plus complètes, et s'accompagnant de modifications importantes non seulement dans la continuité mais encore dans la contiguité des fragments. Il en résulte des déformations considérables des membres qui sont fléchis, courbés, tordus, toujours raccourcis. Il existe alors constamment un trouble notable dans les fonctions de la partie atteinte.

Dans un deuxième cas, la lésion osseuse est portée à son plus haut degré ; il y a décollement de l'épiphyse. Ces décollements sont surtout fréquents à l'extrémité inférieure de l'humérus et des os de l'avant-bras. Pour expliquer cette localisation prédominante aux membres supérieurs, on a invoqué leur plus grande activité fonctionnelle et surtout les

traumatismes auxquels ils sont si fréquemment exposés.

La disjonction épiphysaire se trouve en moyenne chez 5 % des hérédo-syphilitiques, elle apparaît dans les premières semaines de la vie ; Hénoc'h cite cependant un cas où elle n'est apparue qu'au 8^e mois.

Cette altération osseuse donne lieu à ces troubles que Parrot a décrits sous le nom de pseudo-paralysie et dont nous allons rapidement passer en revue les principaux symptômes.

On a longtemps écrit que la douleur spontanée n'existait pas. Mais en 1906, Genaro Sisto a montré, et le fait a été vérifié par Comby, que les souffrances et douleurs intenses siégeant dans la région épiphysaire et l'ostéochondre provoquaient des cris continus et des pleurs incessants chez les nourrissons, surtout la nuit. Sisto déclare qu'il faut rechercher ces lésions osseuses « surtout si les cris ne se modifient point avec le réglage des tétées et la prescription d'un régime sévère et si l'on ne remarque pas des signes d'otite ou des troubles digestifs. » Naturellement ces cris augmentent au moindre contact toutes les fois que l'on remue l'enfant ou qu'on cherche à le prendre sur les bras.

L'impotence est le symptôme objectif le plus frappant. L'enfant remue certaines parties du corps moins que d'autres et le tableau offre une ressemblance si frappante avec une paralysie d'origine cérébrale ou médullaire que des cliniciens de la valeur de Valleix et Guéniot s'y sont trompés. Cette impuissance motrice se complique souvent de phénomènes

d'excitation musculaire avec ou sans altération de ces muscles. C'est Hochsinger qui a récemment appelé l'attention sur ces phénomènes qui peuvent également, d'après lui, se produire indépendamment des manifestations osseuses.

Il a noté à ce sujet des différences curieuses entre les troubles qui affectent les membres supérieurs et ceux qui affectent les membres inférieurs.

Les premiers sont presque exclusivement de nature paralytique, les deuxièmes sont presque exclusivement spasmodiques. « Les connexions des muscles élévateurs des membres supérieurs, (le Deltοίde et le biceps), avec le squelette ont, dit-il, cette conséquence que leurs contractions provoquent des douleurs au niveau de l'épiphyse décollée; il en résulte que l'enfant s'abstient de les faire entrer en jeu, il s'agit là d'une pseudo-paralysie. Au contraire, l'articulation de la hanche, par suite de la disposition du col du fémur, n'est à l'abri des mouvements pénibles que si le membre se trouve en flexion par la contracture du psoas iliaque. »

C'est aussi par un phénomène d'excitation musculaire que Hochsinger explique les cas de pseudo-paralysie sans lésion osseuse. Des altérations musculaires peu étendues suffisent pour provoquer une myopathie légère amenant la cessation complète des mouvements volontaires, et il n'est point besoin pour expliquer ces troubles d'invoquer une lésion spinale.

Hochsinger a décrit également, sous le nom de *myotonies* des phénomènes de contracture accompagnant la pseudo-paralysie. Il a décrit notamment

sous le nom de phénomène du poing une position typique de la main : le pouce étant à la fois en flexion et en adduction, les phalanges fléchies, la main à l'attitude du poing. La main ainsi placée en adduction et en pronation peut être le siège d'une contraction tenace, elle peut persister même pendant le sommeil et devenir tétaniforme.

Cette forme clinique est bien plus grave que la paralysie flasque, car l'impotence motrice est absolue.

Parmi les autres signes cliniques, la mobilité anormale de l'extrémité osseuse et la crépitation imposent le diagnostic. Mais il faut bien prendre garde à des fractures juxta-épiphysaires de la diaphyse donnant une mobilité telle qu'on dirait une fausse articulation au-dessous de la véritable articulation restée saine. D'ailleurs, dans le premier cas, ce n'est pas une crépitation franche qui rappelle celle des fractures, c'est plutôt une sensation de frottement de deux surfaces inégales.

La constatation de ces signes est parfois rendue très délicate par une infiltration des parties molles qui accompagne le décollement, et qui provoque un certain degré de tuméfaction.

Ces tuméfactions peuvent être siège d'une fluctuation manifeste et aboutir à la suppuration. Cette suppuration, née aux dépens du syphilome diaphyso-épiphysaire, peut perforer le périoste et se collecter sous la peau, parfois gagner la cavité articulaire et produire une arthropathie suppurée. Les genoux sont le lieu d'élection de ces suppurations, puis les coudes,

l'épaule, le poignet, la hanche, l'articulation sterno-claviculaire,

On a cru pendant longtemps que cette suppuration était due à une infection surajoutée, soit par le fait d'une fistulisation, soit par le fait d'une septicémie secondaire (gonococcie, pneumococcie).

C'est à Marfan que revient l'honneur d'avoir dans une seule observation, mais typique, montré la réalité de la suppuration juxta-articulaire de nature purement spécifique.

Telle est dans ses grandes lignes, la description symptomatologique de la maladie de Parrot; mais comme Moussous l'a fort bien fait remarquer en 1895 il est des cas sans signes cliniques précis, dans lesquels on trouve seulement un peu de douleur à la pression au niveau des épiphyses, qui passent facilement inaperçus. Ces cas frustes méritent toujours d'être recherchés, car ce sont les plus curables, et un traitement approprié permettra d'éviter les désordres graves qui résulteraient du développement progressif de ces lésions.

Nous nous sommes étendus, peut-être un peu longuement sur certains points et en particulier sur les phénomènes musculaires; c'est que leur description nous a paru conforme au but que nous nous étions proposé, qui était moins de donner une description complète de la pseudo-paralyse, que de montrer les acquisitions récentes de sa symptomatologie.

Il nous reste maintenant à parler des signes qui révèlent les altérations des os plats. Leur description donnée pour la première fois par Parrot est si par-

faite, que bien peu de choses ont été ajoutées par ses successeurs.

Le *cranio-tabes* ou occiput mou, siège surtout sur l'occipital quelquefois sur le pariétal et sur l'écaille du temporal, rarement sur le frontal.

En pressant les différents points du crâne, au lieu de trouver la résistance ordinaire, on a la sensation d'un morceau de parchemin tendu qui semble se déprimer sous le doigt et revenir à sa position primitive quand la pression a cessé. La lésion est parfois bilatérale, affectant même une certaine symétrie.

Cette malléabilité du crâne amène souvent, par suite du décubitus habituel du même côté la proéminence d'une des bosses frontales avec une dépression de la région pariéto-occipitale du même côté. On donne à cette déformation le nom de « plagiocéphalie ».

Mais la lésion qui donne sur le crâne l'aspect caractéristique est la production ostéophytique.

Les ostéophytes se présentent sous la forme de mamelons aplatis, circulaires. Lorsqu'ils sont très développés, la simple inspection suffit à les faire reconnaître ; moins accusés ils ne peuvent guère échapper à une palpation méthodique du crâne. Ils sont durs, mais présentent parfois sous une forte pression une certaine élasticité. Ils siègent surtout sur les deux frontaux et les deux pariétaux, au voisinage de la fontanelle bregmatique et sont disposés presque toujours symétriquement de part et d'autre des sutures sagittale et métopique.

Ils sont le plus souvent également développés ; il

arrive cependant parfois que les postérieurs sont plus saillants et étant séparés par une sagittale nette, ils donnent au crâne un aspect que Parrot a qualifié de *natiforme*.

Leur nombre lui-même est variable et ils peuvent n'exister qu'en avant ou qu'en arrière de la suture coronale.

L'occlusion tardive des fontanelles est ordinaire dans l'hérédo-syphilis, mais on l'a également donnée comme stigmate de rachitisme. Ces dernières se ferment habituellement vers l'âge de 14 mois ; dans ces cas pathologiques l'occlusion peut se faire attendre jusqu'à deux et trois ans. L'auscultation au niveau de la grande fontanelle encore ouverte permet, à l'aide d'un sthétoscope, de percevoir un souffle systolique appelé souffle céphalique.

On a observé plus rarement la soudure prématurée des os du crâne. Ce sont surtout les sutures médio-frontale, coronale et sagittale, qui sont atteintes. Parrot a signalé des soudures de frontaux à onze, dix mois et même vingt-un jours. Les conséquences en sont faciles à saisir : l'encéphale bridé en certains points par cette ossification précoce, se développe en des points où il ne trouve pas de résistances.

Le crâne prend alors des formes bizarres avec des saillies partielles, presque toujours asymétriques.

Mais, fait plus grave, si cette synostose prématurée s'étend à un grand nombre de sutures, l'encéphale est arrêté net dans son développement ; il en résulte des accidents graves dont les plus fréquents sont : la microcéphalie, les accidents convulsifs, l'idiotie, etc.

CHAPITRE II

Étude Radiographique

Si la clinique permet souvent de révéler l'existence de ces altérations osseuses, il est des cas où les moyens d'exploration cliniques sont insuffisants et d'autres où l'on veut avoir simplement une preuve de plus pour affirmer un diagnostic. On a eu recours à ce nouveau procédé d'examen qu'est la radiographie.

La radiographie normale d'un os de nouveau-né donne une image claire, très nette, des travées osseuses. Celles-ci apparaissent fines, régulières, parallèles entre elles, et se terminent brusquement au niveau de la ligne d'ossification qui ressort, elle aussi, très nettement.

Thomsen en radiographiant l'extrémité inférieure du fémur de nouveau-nés syphilitiques a pu retrouver les trois stades anatomiques de l'ostéochondrite.

Dans le premier stade, on constate à l'extrémité terminale de l'os (car l'épiphyse cartilagineuse est invisible) un petit liseré, légèrement plus foncé que le reste de l'os, et qui a environ 1 millimètre d'épaisseur.

Dans le deuxième stade, le liseré atteint 3 millimètres. La partie sous-jacente est un peu plus claire.

Dans le troisième stade, un large trait foncé occupe toute la ligne d'ossification; au-dessous les travées osseuses paraissent avoir disparu, laissant une teinte claire, ce qui est un indice du travail de raréfaction qui se passe à ce niveau. La limite de cette zone d'ossification est habituellement dentelée, parfois la diaphyse paraît même crénelée comme l'a fait remarquer M. le Professeur Fabre.

Dans d'autres cas, le tissu osseux a été remplacé par un tissu de granulation qui va provoquer le décollement de l'épiphyse et dès lors la zone de calcification fait entièrement défaut.

Sur les radiographies des nouveau-nés, l'épiphyse encore cartilagineuse n'apparaît pas sur la radiographie; elle n'apparaît que sur les enfants plus âgés. La distance plus ou moins grande qui sépare l'épiphyse de la diaphyse serait pour certains auteurs un bon moyen d'apprécier l'absence ou l'existence d'un décollement épiphysaire.



Nous rapportons ici la radiographie du tibia d'un nouveau-né syphilitique qui a vécu dix minutes, présentée par MM. Fabre et Trillat à la Société d'Obstétrique (1909). On remarque à l'extrémité supérieure la ligne d'ossification épaissie sous la forme d'un large trait noirâtre, les travées osseuses ont complètement disparu. L'extrémité inférieure est bien moins altérée : la ligne d'ossification n'est pas trans-

formée, seules les travées osseuses sont un peu épaissies. A la coupe, cet os présentait les lésions typiques de l'ostéochondrite syphilitique. Ces altérations radiographiques se manifestent dès le septième mois de la vie intra-utérine et même, d'après, Hochsinger, depuis le cinquième.

Les altérations des phalanges produisent également des déformations intéressantes de l'image radiographique.

On peut tout d'abord apprécier les déformations générales en quille, en bouteille ; une analyse un peu minutieuse permet même de reconnaître les altérations intimes des tissus. Pour les phalanges la tuméfaction coïncide généralement avec une teinte plus claire qu'à l'état normal ce qui indique une raréfaction de leur tissu ; on voit en même temps une ombre épaisse allongée due à l'hyperostose sans périostée. La radiographie aurait même permis dans certains cas de suivre la marche progressive de cette ostéite rarefiante, et de voir qu'elle débutait par la base de la première phalange et la face interne du périoste, parties dont l'accroissement est le plus actif.

Enfin pour être complet signalons les ombres produites par les dépôts ostéophytiques, et la distance considérable qui sépare la diaphyse de l'épiphyse dans les cas de suppuration juxta-articulaire.

Il est facile de se rendre compte par ce court exposé combien l'application de la radiographie au signe de Wegner a une haute portée pratique. Mais il faut avant tout que ce procédé devienne un procédé biopsique, plutôt que nécropsique afin de pou-

voir prévenir les désordres graves de la pseudo-paralyse. La recherche évidemment, n'est pas toujours facile en raison des mouvements incessants de l'enfant, mais elle mérite d'être pratiquée de façon systématique dans le diagnostic toujours difficile de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né.

Malheureusement, la Clinique Obstétricale de Lyon, ne peut nous fournir pour le moment des observations suffisamment nombreuses pour nous permettre d'édifier quelques conclusions au sujet de sa fréquence dans l'hérédosyphilis.

Nous ne pouvons faire mieux que de rapporter la statistique la plus récente de Thomsen sur la question.

Thomsen a fait porter ses expériences sur cinquante-cinq nouveau-nés syphilitiques chez lesquels il a radiographié l'extrémité inférieure du fémur. Il a trouvé vingt-et-une fois des altérations osseuses. Soit environ 42 %.

Ce résultat est très probablement au-dessous de la vérité, car les radiographies de Thomsen n'ont porté que sur un seul os, le fémur, et non sur tous les os.

Il faut avouer cependant, que la radiographie ne peut très probablement pas déceler toutes les lésions osseuses surtout les plus légères, celles qui correspondent au 1^{er} Degré. Thomsen ayant eu d'ailleurs l'occasion d'autopsier vingt-deux de ces hérédosyphilitiques, trouva sur huit d'entre eux dont l'examen radiographique avait été négatif, un cas où le fémur était très altéré.

En résumé nous dirons que la radiographie, pas plus que tout autre moyen d'investigation clinique, ne saurait donner une certitude absolue dans tous les cas ; lors même qu'elle ne donnerait qu'une appréciation de 42 %, ce serait déjà une approximation suffisante, elle mérite d'être retenue.

TROISIÈME PARTIE

Observations et Interprétations des Résultats

Dans les observations que nous rapportons, c'est la recherche macroscopique seule du signe de Wegner qui a été effectuée. Les différents auteurs que nous avons cités, ont suffisamment établi qu'aux altérations macroscopiques typiques correspondaient des altérations microscopiques typiques pour douter de la réalité de ces dernières et de leur simultanéité.

Cette recherche macroscopique est relativement rapide, facile puisqu'il suffit, après avoir débarrassé l'os de ses parties molles, de faire une section longitudinale suivant son grand axe. Avec quelque habitude il est facile de reconnaître les modifications que nous avons signalées au niveau du cartilage de conjugaison. Si nos observations nous démontrent que ce signe a une réelle valeur, sa recherche deviendra un moyen vraiment pratique de diagnostic de la syphilis.

Nous tenons cependant, avant de commencer l'ex-

posé de nos observations à répondre à une objection que le lecteur ne saurait manquer de nous poser. Avez-vous observé macroscopiquement les trois Stades décrits par Wegner, et comment les distinguez-vous dans vos observations ». Avec Monsieur le Professeur Fabre et M^r le Docteur Renthier nous répondrons que l'appréciation de la lésion au premier Stade est assez délicate, souvent difficile ; aussi dans nos observations le premier Stade correspond au terme *douteux*. Les deux Stades suivants sont tellement caractéristiques que le doute ne saurait plus être permis ; ils correspondent dans nos observations au terme *positif*. Disons en outre que, dans les cas où la recherche du signe de Wegner était négative sur l'extrémité supérieure du tibia, la recherche a été faite sur un second os fémur ou humérus.

Toutes ces recherches ont été effectuées chez des enfants atteints de syphilis (macérés, ou enfants ayant vécu quelques heures et même plusieurs semaines) ou indemnes de toute syphilis, ayant simplement succombés à la suite de manœuvres obstétricales ou par les progrès d'une affection intercurrente.

Un deuxième écueil, peut-être le plus important, que nous avions à éviter était la question du diagnostic de la syphilis.

Pour donner un peu plus de clarté à notre exposé et pour en faciliter la discussion, nous avons classé les sujets à examiner en trois grandes catégories : Sujets atteints de Syphilis certaine, ou de Syphilis probable ou indemnes de toute Syphilis.

Pour établir le diagnostic général de syphilis nous

ne nous sommes point basés sûr un seul symptôme, mais sur un faisceau de preuves cliniques.

1° Nous avons systématiquement recherché :

Chez les procréateurs et presque toujours uniquement chez la mère : l'accident primitif, les plaques muqueuses ou la roséole. Lorsque ces recherches ont été négatives, nous avons dirigé notre enquête du côté des signes ordinaires de la spécificité ancienne (maux de tête surtout nocturnes, maux de gorge, pertes très abondantes de cheveux et présentant les caractères particuliers de l'alopecie syphilitique, ganglions, syphilides pigmentaires).

Nous avons aussi étudié avec le plus grand soin les accidents obstétricaux.

Les fausses-couches antérieures sans cause occasionnelle évidente, l'existence à une grossesse antérieure d'hydramnios, la plurimortalité infantile dans les premiers mois et surtout la naissance antérieure d'un ou de plusieurs fœtus macérés, ont constitué pour nous des signes de forte présomption. Disons cependant que dans les cas de macération, nous avons également recherché les principales causes pouvant expliquer cette mort du fœtus in utero (albuminurie, éclampsie, maladie aiguë récente, traumatisme.)

2° Chez le nouveau-né nous avons recherché :

a) Les signes de probabilité (aspect de petit vieux, faiblesse de poids à la naissance, l'altération de la courbe d'accroissement) ;

b) Les signes de certitude (lésions des muqueuses, coryza, pemphigus, lésions viscérales.) Parmi ces dernières, surtout l'hypertrophie de la rate et du

foie. Normalement en effet, le rapport de leur poids au le poids total du corps est de $1/300$ pour la rate, de $1/30$ pour le foie. Toute augmentation de ce rapport étant une preuve de spécificité.

3° Pour le placenta, nous ne nous sommes pas occupés des lésions histologiques, nous avons recherché uniquement son hypertrophie. D'après Pinard, le rapport proportionnel entre le poids du placenta et celui du fœtus est de $1/6$.

Dans la syphilis, le poids du placenta étant augmenté, le rapport n'est plus le même et il n'arrive à n'être plus que de $1/5$, $1/4$, ou même $1/3$, M. le professeur Fabre a montré dans la thèse de Petit que les exceptions à cette loi n'étaient pas rares ; mais quand il est positif ce signe a néanmoins une grande valeur.

Comme on le voit, les signes généraux de spécificité ne manquent pas, mais ce qui est plus difficile c'est d'affirmer le diagnostic de syphilis certaine ou de syphilis probable.

Dans le cadre de la syphilis certaine, nous avons fait rentrer les observations dans lesquelles nous avons trouvé les signes indiscutables de spécificité. Chez l'enfant : pemphigus. Chez les procréateurs et presque uniquement chez la mère : l'accident primitif, les accidents secondaires ou secondotertiaires, ou l'existence d'un traitement spécifique ultérieur prescrit par un médecin compétent.

Dans le cadre de la syphilis probable, nous avons fait rentrer les observations dans lesquelles nous avons trouvé un faisceau important de preuves qui

pour nous entraînent la certitude du diagnostic mais qui peuvent ne pas entraîner la certitude chez tous, étant donné qu'il manque des signes de certitude absolue.

Si nous avons agi ainsi, c'est que nous avons craint d'être parfois accusé de porter trop souvent le diagnostic de syphilis. Or, nous le disons bien haut, nous n'avons aucune idée préconçue ; nous avons entrepris ce travail sans aucune idée des résultats que nous allions obtenir.

C'est sur ces bases que nous avons édifié nos recherches, voyons ce qu'elles nous ont permis d'établir.

OBSERVATIONS

§ I. — OBSERVATIONS

Cas de Syphilis certaine

OBSERVATION I

3 décembre 1909, n° 1075.

Enfant D... Mère 23 ans, I pare.

1^{er} accouchement en 1908, enfant sain abandonné.

2^e accouchement actuel. L'enfant présente du pemphigus palmaire et plantaire. La malade a eu dix mois avant la deuxième grossesse une éruption qui paraît caractéristique, elle n'a pas suivi de traitement. L'enfant a succombé à 2 mois.

A l'autopsie : Poids du fœtus 2.700 gr.

Placenta : 640. Rapport 1/4.

Signe de Wegner douteux.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner douteux.

OBSERVATION II

17 décembre 1909, n° 1113.

Enfant V... Mère 33 ans, III pare.

1^{er} accouchement en 1907. A terme, enfant mort à 8 mois.

2^e fausse couche de trois mois en 1908.

3^e actuellement : gemellaire. Le deuxième fœtus, qui huit heures après l'accouchement était devenu cyanosé, meurt.

Dans l'histoire pathologique de la malade on relève les faits suivants :

En 1899, hémiplégie droite avec aphasie, amélioration des symptômes à la suite d'un traitement mercuriel et ioduré.

En 1908, nouvelle hémipplégie, fausse-couche consécutive, rétrocession des symptômes par le traitement.

En 1909, nouvelle atteinte, nouveau traitement suivi avec succès.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.700 gr.

Placenta : 450. Rapport 1/3,7.

Foie : 65. Rapport 1/26.

Rate : 5. Rapport 1/300.

Signe de Wegner douteux.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner douteux.

OBSERVATION III

15 janvier 1910, n° 42.

Enfant F... Mère I pare, présente la roséole et des syphilides pigmentaires du cou. Elle accouche d'un fœtus macéré.

A l'autopsie : Décollement abdominal localisé à l'ombilic; teinte noire du cordon. Affaissement des globes oculaires sans résorption complète.

Poids du fœtus 2.570 gr.

Placenta : 530. Rapport 1/4,2.

Foie : 116. Rapport 1/22.

Rate : 20. Rapport 1/128.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION IV

25 janvier 1910, n° 83.

Enfant M... Mère IV pare.

1^{er} accouchement en 1902. Enfant vivant et bien portant.

2^e accouchement en 1907. Enfant mort à 8 jours.

3^e accouchement en 1910 prématuré de sept mois, mort à 15 jours.

4^e actuel, présente du pemphigus palmaire et plantaire. A vécu deux jours.

En 1907, la malade dit avoir présenté « un bouton » à la région vulvaire, puis elle a eu des éruptions sur tout le corps et aux lèvres. Elle a été traitée par des pilules et des frictions pendant deux mois.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.380 gr.

Placenta : 480. Rapport 1/4,8.

Foie : 132. Rapport 1/17.

Rate : 18. Rapport 1/130.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION V

7 février 1910, n° 418.

Enfant P... Mère 19 ans, I pare. A présenté pendant sa grossesse des céphalées nocturnes, de la laryngite. Elle accouche d'un enfant à abdomen très développé, présentant du pemphigus palmaire et plantaire, qui a vécu sept heures.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.200 gr.

Placenta : 420. Rapport 1/5.

Foie : 170. Rapport 1/12.

Rate : 16. Rapport 1/300.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION VI

20 février, n° 170.

Enfant D... Mère 23 ans, III pare.

2 accouchements antérieurs d'enfants chétifs.

3^e actuel macéré. Au cours de cette dernière grossesse la mère a eu des céphalées, de la laryngite, de l'alopecie passagère. A noter que son mari est actuellement en traitement à l'Hôtel-Dieu pour hémiplegie. Il n'est âgé que de 32 ans et ne présente pas selon les dires de la malade, d'affection cardiaque.

A l'autopsie : Macération peu avancée.

Poids du fœtus : 1.220 gr.

Placenta : 360. Rapport 1/3,3.

Foie : 52. Rapport 1/23.

Rate : 5. Rapport 1/240.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION VII

24 juin 1910, n° 574.

Enfant B... Mère II pare, 19 ans.

1^{er} accouchement en 1908, enfant mort à l'âge de 3 mois, en nourrice.

2^e actuel. Enfant cyanosé, meurt au bout de 10'.

En 1910, la malade a eu de la laryngite en même temps que de l'alopecie et de violentes céphalées qui durèrent trois mois. Simultanément éruption sur le tronc, qui n'a laissé aucune cicatrice. Elle a suivi un traitement pilulaire.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.110.

Placenta : 505. Rapport 1/2.

Foie : 105. Rapport 1/10.
Rate : 10. Rapport 1/110.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION VIII

1^{er} juillet 1911, n° 631.
Enfant C... Mère 32 ans, VII pare.
1^{er} accouchement en 1903, enfant actuellement vivant.
2^e accouchement en 1905, enfant actuellement vivant.
3^e fausse-couche en 1906.
4^e accouchement en 1907. Enfant mort en nourrice.
5^e fausse-couche de deux mois en 1909.
6^e fausse-couche de deux mois en 1910.
7^e actuel, enfant macéré. La mère ignore tout accident syphilitique, mais a présenté des céphalées à répétition qui ont cédé à un traitement mercuriel.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.540 gr.
Placenta : 530. Rapport 1/4,8.
Foie : 90. Rapport 1/28.
Rate : 14. Rapport 1/181.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Syphilis certaine, Wegner négatif.

OBSERVATION IX

10 janvier 1912, n° 36.
Enfant P... Mère 23 ans, I pare.
Examinée le 5 janvier, la mère accuse de la céphalée, de la laryngite. Elle présente en outre de l'alopecie et des plaques muqueuses sur la grande lèvre gauche. Hydramnios. Elle accouche d'un macéré.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.520 gr. Macération peu avancée.
Placenta : 650. Rapport 1/2.
Foie : 125. Rapport 1/12.
Rate : 37. Rapport 1/50.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION X

20 janvier 1912, n° 75.
Enfant M... Mère 30 ans, IV pare.
1^{er} accouchement normal, enfant vivant et bien portant.

2^e accouchement prématuré de huit mois et demi, a vécu huit jours.

3^e macéré.

4^e actuel. macéré.

Au point de vue antécédents spécifiques, la mère accuse actuellement de violentes céphalées nocturnes, et se souvient avoir présenté pendant sa troisième grossesse, une alopecie qui paraît caractéristique. Un médecin lui aurait ordonné à cette époque un traitement ioduré.

A l'autopsie : Décollement cutané sur toute la surface du corps, fonte de l'œil.

Poids du fœtus : 2.730.

Placenta : 920. Rapport 1/2,8.

Foie : 145. Rapport 1/19.

Rate : 15. Rapport 1/180.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION XI

9 mars 1912, n° 238.

Enfant B... Mère 26 ans, III pare. Ignore tout accident syphilitique.

1^{er} accouchement, prématuré macéré, décembre 1909.

2^e accouchement macéré, juin 1911.

3^e actuel macéré.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.450.

Placenta : 360. Rapport 1/4.

Foie : 40. Rapport 1/35.

Rate : 8. Rapport 1/180.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner négatif.

OBSERVATION XII

24 mars 1912, n° 302.

Enfant D... Mère 25 ans, III pare.

1^{er} accouchement en 1904, enfant vivant.

2^e accouchement en 1911, macéré de six mois.

3^e accouchement actuel, enfant chétif.

En 1906, la malade a présenté des céphalées nocturnes intenses, une pléiade ganglionnaire, de l'alopecie et de la laryngite. Deux mois après, apparition de plaques muqueuses à la vulve. La malade n'avait suivi aucun traitement. L'enfant et la mère reçoivent à la

clinique une injection de salvarsan. L'enfant présente des hématuries passagères et meurt le douzième jour.

A l'autopsie :

Poids du fœtus : 1.775 gr.

Placenta : 400. Rapport 1/4.

Foie : 400. Rapport 1/17.

Rate : 6. Rapport 1/290.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION XIII

9 avril 1912, n° 367.

Enfant D... Mère 20 ans, II pare.

En 1910, fausse-couche de deux mois. En 1909, accident primaire à la région vulvaire ; six mois après plaques muqueuses buccales et vulvaires. La malade a suivi un traitement de trois mois à l'hôpital Saint-Pothin. Aucun traitement depuis cette époque.

Elle accouche actuellement d'un macéré.

A l'autopsie : Pas de décollement épidermique. Pas de fonte des yeux.

Poids du fœtus : 1.380 gr.

Placenta : 450. Rapport 1/3.

Foie : 60. Rapport 1/20.

Rate : 7. Rapport 1/190.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION XIV

29 mai 1912.

Enfant C... La mère a présenté des céphalées fréquentes, alopecies très abondantes. Cinq grossesses y compris l'actuelle.

1^{re} terminée par une fausse-couche de trois mois.

2^e terminée par un macéré $\frac{(24,50)}{490} = \frac{1}{4}$

3^e terminée par un enfant de 2.050 gr. qui a survécu.

4^e terminée par un prématuré qui mourut après 50' $\frac{1850}{430} = \frac{1}{4}$

L'enfant qui nous occupe naît le 23 février 1912. Il pèse 2.650 gr. et son placenta 360 gr.

La mère n'applique pas le traitement mercuriel qu'on lui avait conseillé. On revoit l'enfant le 8 mai, soit deux mois et demi après. Il est dans un état très précaire, pâle, pesant 3.220 gr. Le nez obs truë par un coryza purulent. La rate est perçue et au niveau des

fesses il existe une série d'ulcérations peu profondes en carte de géographie. Ulcérations au niveau des lobes des oreilles qui suppurent, et à la lèvre inférieure.

L'enfant à qui on a fait une injection de 0,03 de bouillie neutre d'arsenobenzol Billon, meurt le 24, après avoir présenté des phénomènes érysipélateux du côté de la fesse.

A l'autopsie : Le foie pesant 85 gr. est bourré de gommes microscopiques.

La rate pèse 35 gr.

A la naissance, le rapport de Pinard égalait $\frac{2650}{370} = \frac{4}{7}$

Les poumons présentent de la congestion des bases sans hépatisation.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION XV

21 août 1912, n° 792.

Enfant T... Mère 37 ans, IV pare.

1^{er} accouchement en 1902, spontané à terme, enfant mort à 15 jours.

2^e et 3^e, spontané à terme, enfant vivant.

4^e actuel, macéré.

Pendant cette dernière grossesse a été traitée à l'Antiquaille pour cystite blennorragique ; elle a présenté également de l'alopécie, de la laryngite, des plaques muqueuses vulvaires et anales. A été soumise au traitement mercuriel.

A l'autopsie : Macération avancée, fonte des yeux.

Poids du fœtus : 2.480 gr.

Placenta : 720. Rapport 1/3.

Foie : 120. Rapport 1/20.

Rate : 25. Rapport 1/90.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION XVI

4 septembre 1912.

Enfant C... Mère VI pare.

4 enfants vivants d'un premier lit.

2 grossesses du second lit dont l'actuelle.

La malade a contracté la roséole au cours de cette dernière grossesse.

A l'autopsie : macération avancée.
Poids du fœtus : 3.680 gr.
Placenta : 750. Rapport 1/4,8.
Foie : 450. Rapport 1/24.
Rate : 14. Rapport 1/148.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

OBSERVATION XVII

24 octobre 1912, n° 963.
Enfant L... Mère 37 ans, IV pare.
1^{er} accouchement en 1903, macéré.
2^e accouchement en 1907, macéré.
3^e accouchement en 1910, fausse-couche de 4 mois.
4^e actuel, macéré.
La mère présente des syphilides pigmentaires du cou.
A l'autopsie : Macération avancée ; décollement cutané généralisé.
Chevauchement des os du crâne. Pas de fonte de l'œil.
Poids du fœtus : 2.400 gr.
Placenta : 650. Rapport 1/3,4.
Foie : 435. Rapport 1/18.
Rate : 16. Rapport 1/150.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Syphilis certaine, Wegner positif.

Ainsi sur 17 observations de syphilis certaine, le signe de Wegner a été 13 fois positif (n°s 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17) 2 fois douteux (n°s 1, 2), 2 fois négatif (n°s 8, 11).

Ceci nous donne pour les cas positifs une moyenne de 76 %.

En analysant plus en détail les observations, on peut voir :

Que dans les cas négatifs les deux fœtus étaient macérés.

Que dans les cas douteux, l'un (n° 1) est mort a 2 mois, l'autre (n° 2) est mort huit heures après sa naissance.

Que dans les cas positifs 8 fœtus étaient macérés (n°s 3, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17) tous à terme ou proche du terme, les 5 autres ont vécu de la vie extra utérine respectivement 48 heures (n° 4), 7 heures (n° 5), 10' (n° 7), 12 jours (n° 12), 2 mois et demi (n° 14).

§ II. — OBSERVATIONS

Cas de Syphilis probable

OBSERVATION XVIII

18 novembre 1909, n° 1027.

Enfant C... Mère 21 ans, I pare. Rien dans l'interrogatoire ne révèle la syphilis. Pas d'albumine. Elle accouche d'un enfant macéré

A l'autopsie ; Poids du fœtus : 2110 gr.

Placenta : 660. Rapport 1/3.

Foie : 125. Rapport 1/17.

Rate : 25. Rapport 1/80.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable. Wegner positif.

OBSERVATION XIX

3 décembre 1909, n° 1080.

Enfant A... Mère 23 ans, III pare.

1^{er} accouchement en 1904, enfant macéré.

2^e accouchement en 1908, enfant sain,

3^e accouchement actuel. L'enfant a vécu deux heures. La mère accuse de violentes céphalées nocturnes. Pas d'albumine.

A l'autopsie : poids 2010 gr.

Placenta : 800. Rapport 1/2,5.

Foie : 496. Rapport 1/10,3.

Rate : 20. Rapport 1/100.

Signe Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XX

10 janvier 1910. n° 26.

Enfant G... Mère 25 ans. I pare, ignore tout accident syphilitique, elle accouche d'un enfant macéré. Pas d'albumine.

A l'autopsie : Fonte de l'œil. Décollement de la peau de l'abdomen et du front.

Poids du fœtus : 1770 gr.

Placenta : 550. Rapport : 1/3.

Foie ; 80. Rapport 1/22.

Rate : 10. Rapport 1/77.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXI

14 janvier 1910. n° 41.

Enfant M... Mère 25 ans. V pare.

1^{er} accouchement en 1904, enfant mort à 18 jours.

2^e accouchement en 1905, macéré de 6 mois.

3^e accouchement prématuré, de 8 mois bien portant.

4^e accouchement, né à 6 mois, a vécu huit heures. Hydramnios.

5^e accouchement actuel, macéré.

La mère ignore tout accident syphilitique, pas d'albuminurie.

A l'autopsie : Décollement de la peau de l'abdomen, des membres supérieurs et inférieurs. Pas de fonte de l'œil.

Poids du fœtus : 1620 gr.

Placenta : 530. Rapport 1/3.

Foie : 114. Rapport 1/14.

Rate : 20. Rapport 1/80.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXII

26 septembre 1910. n° 906.

Enfant P... Mère 32 ans. VII pare.

1^{er} accouchement en 1902, enfant à terme actuellement vivant.

2^e accouchement en 1903, enfant mort à 1 an de convulsions.

3^e accouchement en 1904, enfant actuellement vivant.

4^e et 5^e accouchements, enfants morts

6^e accouchement, enfant sain.

7^e accouchement actuel, macéré.

La mère ignore tout accident spécifique, Pas d'albuminurie.

A l'autopsie : fœtus ramolli et diffusé. Le cerveau est transformé

en bouillie, l'œil n'est pas fondu. L'épiderme n'est décollé que sur la région ombilicale. Les cavités thoracique et abdominale sont remplies d'un liquide rouge brun et abondant,

Poids du fœtus : 1580 gr.

Placenta : 515. Rapport 1/3.

Foie : 35. Rapport 1/40.

Rate : 3. Rapport 1/500.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

OBSERVATION XXIII

24 décembre 1910, n° 1191.

Enfant D... Mère 19 ans. 1^{er} pare.

A eu durant les trois premiers mois de sa grossesse des céphalées violentes diurnes et nocturnes, alopecie, roséole. Elle présente en ce moment un gros disque d'albumine. Elle accouche d'un fœtus macéré.

A l'autopsie : poids du fœtus : 1165 gr.

Placenta : 185. Rapport 1/6.

Foie : 30. Rapport 1/38.

Rate : 2. Rapport 1/550.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

OBSERVATION XXIV

31 décembre 1910, n° 1217.

Enfant B... Mère 1^{re} pare.

1^{er} accouchement en 1910 normal. Fille vivante, bien portante.

Vomissements bilieux pendant le cours de la 2^e grossesse, maux de tête, alopecie. Elle accouche d'un garçon macéré. Pas d'albuminurie.

A l'autopsie : La macération ne paraît pas ancienne, localisée à la face seulement. Les organes sont diffluents.

Poids du fœtus : 1040 gr.

Placenta : 220. Rapport 1/5.

Foie : 40. Rapport 1/26.

Rate : 6. Rapport 1/180.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXV

13 mars 1911.

Enfant B... Mère 20 ans. 1^{er} pare. Ignore tout accident spécifique.

Pas d'albumine. Elle accouche d'un macéré.

A l'autopsie : Ballonnement considérable de l'abdomen, décollements épidermiques étendus sur l'abdomen, la face et les membres.

Poids du fœtus : 2370 gr.

Placenta : 500. Rapport 1/4,7.

Foie : 144. Rapport 1/16.

Rate : 15. Rapport 1/158.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXVI

20 avril 1911. n° 317.

Enfant L... Mère 23 ans. II pare.

1^{er} accouchement en 1908, enfant macéré.

2^e accouchement actuel, fille qui a vécu deux heures.

Six mois après son mariage, la malade aurait vu apparaître sur la joue gauche une éruption de nature eczémateuse (?). Ce qui est certain, c'est qu'un docteur lui a ordonné de l'Iodure de Potassium.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2140 gr.

Placenta : 370. Rapport 1/5,8.

Foie : 85. Rapport 1/25.

Rate : 6. Rapport 1/366.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

OBSERVATION XXVII

23 avril 1911. n° 393.

Enfant G... Mère 35 ans. X pare.

7 premiers accouchements à terme, dont 6 enfants encore vivants, l'un est mort à 2 ans.

8^e accouchement, fausse-couche de 3 mois.

9^e accouchement, macéré.

10^e accouchement actuel, macéré.

L'interrogatoire ne révèle aucun signe de spécificité. Pas d'albumine.

Macération très avancée.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2750 gr.

Placenta : 560. Rapport 1/4,8.

Foie : 60. Rapport 1/24.

Rate : 5. Rapport 1/343.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

OBSERVATION XXVIII

24 avril 1911, n° 404.

Enfant B... Mère 22 ans. III pare.

Dans son histoire pathologique, on ne relève que de l'alopécie qui paraît caractéristique.

1^{er} accouchement en 1907, enfant mort à mois.

2^e accouchement en 1909. Enfant mort dans les premiers jours.

3^e accouchement actuel. Enfant macéré.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2010 gr.

Placenta : 530. Rapport 1/3,8.

Foie : 115. Rapport 1/17.

Rate : 8. Rapport 1/252.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXIX

5 mai 1911, n° 435.

Enfant G... Mère 35 ans. II pare.

1^{re} grossesse interrompue en 1910, à six mois par traumatisme (?).

2^e accouchement actuel, enfant macéré.

Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'albumine.

A l'autopsie : On trouve du liquide dans la plèvre et le péricarde.

Poids du fœtus : 2460 gr.

Placenta : 480. Rapport 1/5.

Foie : 110. Rapport 1/22.

Rate : 18. Rapport 1/130.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXX

12 mai 1911, n° 455.

Enfant C... Mère 22 ans. II pare.

1^{er} accouchement normal en 1910. Enfant mort à 6 mois de bronchite.

2^e accouchement actuel, macéré.

La mère a présenté pendant sa grossesse quelques céphalées, de l'alopécie. Pas d'albumine.

A l'autopsie : Macération peu avancée, décollement cutané existant seulement au niveau du cou et de la paroi abdominale. Abdomen peu distendu.

Poids du fœtus : 1270 gr.

Placenta : 470. Rapport 1/2,8.

Foie : 85. Rapport 1/16.
Rate : 9. Rapport 1/150.
Signe de Wegner.
En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXI

17 juin 1914, n° 569.
Enfant P... Mère 22 ans. II pare.
1^{er} accouchement à terme, mort à l'âge de 8 mois d'entérite.
2^e accouchement actuel, macéré.
La mère a présenté de la céphalée nocturne et de l'alopécie. Pas d'albumine.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 3200 gr.
Placenta : 800. Rapport 1/4.
Foie : 190. Rapport 1/22.
Rate : 22. Rapport 1/150.
Signe Wegner positif.
En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXII

19 août 1911. n° 798.
Enfant T... Mère 24 ans. IV pare.
1^{er} accouchement, enfant mort à 3 mois présentait selon les dires de la mère du coryza.
2^e accouchement en 1908, fille actuellement vivante.
3^e accouchement actuel macéré.
La mère nie tout accident syphilitique, pas d'albumine.
A l'autopsie :
Macération peu avancée.
Poids du fœtus : 2420 gr.
Placenta : 670. Rapport 1/3,3.
Foie : 100. Rapport 1/24.
Rate : 30. Rapport 1/80.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXIII

5 janvier 1912. n° 18.
Enfant R... Mère 22 ans. I pare. A présenté pendant sa grossesse des céphalées, alopecies, accouche d'un macéré. Pas d'albumine.
A l'autopsie : Macération très avancée, décollement de l'épiderme sur tout l'abdomen.

Poids du fœtus : 2600 gr.
Placenta : 590. Rapport 1/4.
Foie : 93. Rapport 1/27.
Rate : 9. Rapport 1/280.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

OBSERVATION XXXIV

11 janvier 1912, n° 39.

Enfant H... Mère 27 ans, I pare. A présenté pendant sa grossesse des céphalées, alopecie. Les mouvements ont cessé d'être perçus depuis le 17 décembre. Elle accouche d'un macéré. Pas d'albumine.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1300 gr.

Macération peu avancée,

Placenta : 370. Rapport 1/3.

Foie : 60. Rapport 1/20.

Rate : 37. Rapport 1/40.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXV

27 mars 1912, n° 313.

Enfant L... Mère 23 ans, I pare.

A éprouvé il y a deux ans, de vives céphalées, en même temps qu'elle présentait une éruption boutonneuse sur tout le corps. Laryngite simultanée.

Accouche d'un prématuré de six mois, qui meurt au septième jour.

A l'autopsie :

Poids du fœtus : 1.340 gr.

Placenta : 320. Rapport 1/4.

Foie : 40. Rapport 1/40.

Rate : 30. Rapport 1/45.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

OBSERVATION XXXVI

1^{er} juin 1912, n° 540.

Enfant B... Mère 34 ans, V pare.

4 accouchements antérieurs, 2 enfants encore vivants.

5^e actuel, macéré.

La malade qui présentait de l'hydramnios, accuse de la céphalée ;

elle aurait eu des boutons dans la bouche qui n'ont duré que deux à trois jours. Pas d'albumine.

A l'autopsie : décollement cutané sur l'abdomen. Œil non encore altéré.

Poids du fœtus : 3.290 gr.

Placenta : 850. Rapport 1/4.

Foie : 215. Rapport 1/15.

Rate : 35. Rapport 1/90.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXVII

2 juin 1912, n° 547.

Enfant M... Mère III pare, 40 ans.

2 accouchements antérieurs normaux.

3^e actuel, macéré.

En août 1911, la malade paraît avoir eu une perte de cheveux caractéristique. Pas d'albumine.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.230 gr.

Placenta : 465. Rapport 1/4,8.

Foie : 155. Rapport 1/14.

Rate : 15. Rapport 1/140.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXVIII

4 août 1912, n° 744.

Enfant B... Mère 32 ans, III pare.

1^{er} accouchement normal, enfant bien portant.

2^e accouchement, enfant mort à 3 mois.

3^e actuel, macéré.

La mère aurait présenté pendant les premiers mois de cette dernière grossesse, de l'alopécie et des boutons sur la vulve. Pas d'albumine.

A l'autopsie : Macération peu avancée.

Poids du fœtus : 2.350 gr.

Placenta : 850. Rapport 1/3.

Foie : 130. Rapport 1/18.

Rate : 32. Rapport 1/73.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XXXIX

19 août 1912, n° 784.

Enfant T... Mère 26 ans, II pare.

1^{er} accouchement en 1909 prématuré de huit mois, mort à 2 ans d'entérite.

2^e actuel, macéré.

La mère ignore tout accident spécifique. Pas d'albumine.

A l'autopsie : Macération peu avancée, décollement abdominal léger.

Poids du fœtus : 2.640 gr.

Placenta : 800. Rapport 1/3.

Foie : 140. Rapport 1/18.

Rate : 45. Rapport 1/58.

Signe de Wegner positif.

En résumé ; Syphilis probable, Wegner positif.

OBSERVATION XL

5 septembre 1912, n° 835.

Enfant A... Mère 21 ans, I pare.

Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'albumine. Elle accouche d'un macéré.

A l'autopsie : Macération très avancée, fonte de l'œil, abdomen rouge brique fluctuant. Placenta scléreux.

Poids du fœtus : 2.140 gr.

Placenta : 430. Rapport 1/5.

Foie : 45. Rapport 1/47.

Rate : 7. Rapport 1/300.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Syphilis probable, Wegner négatif.

Ainsi sur 23 cas de syphilis probable, nous trouvons que le signe de Wegner a été négatif 7 fois (n°s 22, 23, 26, 27, 33, 35, 40), jamais douteux et 16 fois positifs. Ce qui donne pour les cas positifs une moyenne de 69 pour 100.

En analysant un peu plus en détail les observations nous trouvons :

Que dans les cas positifs un seul enfant a vécu 2 heures (n° 19), tous les autres sont des macérés

(n° 18, 20, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39).

Que dans les cas négatifs, 2 ont vécu respectivement 2 heures (n° 6), 7 jours (n° 35), les autres sont des macérés (n°s 22, 23, 27, 33, 40).

§ III. OBSERVATIONS

Cas non syphilitiques.

OBSERVATION XLI

10 janvier 1910, n° 24.

Enfant B... Mère 26 ans, I pare. Ignore tout accident spécifique. Accouche d'un prématuré qui présentait de la cyanose, après ses têtées et qui a vécu sept jours.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.750 gr.

Placenta : 300, Rapport 1/5,8.

Foie : 112. Rapport 1/10.

Rate : 5. Rapport 1/300.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLII

27 janvier 1910, n° 87.

Enfant C... Mère 23 ans, II pare.

1^{er} accouchement prématuré de huit mois, mort à 6 mois.

2^e accouchement actuel. L'enfant a vécu quatre heures.

On ne retrouve chez la mère aucun antécédent syphilitique.

A l'autopsie :

Poids du fœtus : 1.350 gr.

Placenta : 300. Rapport 1/4.

Foie : 85. Rapport 1/15.

Rate : 4. Rapport 1/300.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de Syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLIII

19 avril 1910, n° 355.

Enfant V... Mère 23 ans, III pare. Ignore tout accident syphilitique.

1^{er} accouchement en 1907. Enfant mort à cinq mois de coqueluche.

2^e accouchement en 1909. Enfant mort à six mois d'entérite.

3^e actuel, cyanosé, faible, meurt quelques heures après la naissance.

A l'autopsie : Pas de malformations cardiaques.

Poids du fœtus : 1.150.

Placenta : 310. Rapport 1/4.

Foie : 52. Rapport 1/25.

Rate : 2. Rapport 1/550.

Signe de Wegner positif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner positif.

OBSERVATION XLIV

20 avril 1910, n° 391.

Enfant S... Mère I pare. Ignore tout accident syphilitique. Enfant venu spontanément dans un bassin généralement rétréci. Les bruits du cœur ont cessé d'être aperçus à la fin du travail. L'enfant est mort.

A l'autopsie : Hémorragie sous-méningée de la convexité du cerveau.

Poids du fœtus : 2.500 gr.

Placenta : 450. Rapport 1/5.

Foie : 60. Rapport 1/40.

Rate : 12. Rapport 1/200.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLV

10 juin 1910, n° 542.

Enfant R... Mère 42 ans, VIII pare.

6^e accouchement à terme, 3 enfants vivants.

7^e prématuré de sept mois, a vécu une heure.

8^e actuel, macéré. La mère nie tout accident spécifique, mais présente de l'albumine.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 3.260 gr.

Placenta : 590. Rapport 1/6.

Foie : 90. Rapport 1/35.

Rate : 5. Rapport 1/650.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLVI

20 juin 1910, n° 560.
Enfant S... Mère 28 ans, II pare, nie tout accident spécifique.
1^{er} accouchement, macéré de six mois.
2^e actuel, macéré.
La mère a présenté un décollement du placenta normalement inséré forme albuminurique.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.070.
Placenta : 170. Rapport 1/6.
Foie : 25. Rapport 1/40.
Rate : 7. Rapport 1/150.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLVII

16 décembre 1910, n° 1161.
Enfant C... Mère 22 ans, I pare.
Pas de renseignements sur sa grossesse. La mère accouche en ville et apporte son enfant mort. Ignore tout accident syphilitique.
A l'autopsie :
Poids du fœtus : 1.480 gr.
Placenta : Pas apporté.
Foie : 65. Rapport 1/23.
Rate : 2. Rapport 1/740.
Signe de Wegner négatif.
Rien aux autres organes, sauf dans le péricarde qui contient un peu de liquide.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLVIII

17 janvier 1911.
Enfant E... Mère 20 ans, I pare.
Rien à signaler dans le passé pathologique. Durée du travail quarante-cinq heures. L'enfant est mort avant dilatation suffisante.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 3.300 gr.
Placenta : 720. Rapport 1/4,6.
Foie : 170. Rapport 1/30.

Rate : 10. Rapport 1/330.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION XLIX

9 février 1911.

Enfant B... Mère 20 ans, I pare.

Elle raconte avoir eu une éruption mal déterminée sur les membres inférieurs, il y a deux mois.

Elle présente actuellement un léger disque d'albumine.

Elle accouche d'un enfant qui a vécu huit heures.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.380 gr.

Placenta : 570. Rapport 1/4,3.

Foie : 100. Rapport 1/23.

Rate : 8. Rapport 1/297.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION L

20 mars 1911, n° 280.

Enfant D... Mère 34 ans, IV pare.

3 accouchements normaux, enfants actuellement vivants et bien portants.

4^e actuel, enfant macéré.

Pas de syphilis reconnue, pas d'albumine.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.080 gr.

Placenta : 260. Rapport 1/4,2.

Foie : 60. Rapport 1/18.

Rate : 6. Rapport 1/180.

Signe de Wegner douteux.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner douteux.

OBSERVATION LI

23 mai 1911 n° 490.

Enfant M... Mère 28 ans, I pare.

La mère a présenté quelques céphalées. Pas d'albumine. Elle accouche d'un macéré.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.480 gr.

Placenta : 275. Rapport 1/5,2.

Foie : 24. Rapport 1/60.

Rate : 2. Rapport 1/745.

Signe de Wegner douteux.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner douteux.

OBSERVATION LII

26 mai 1911, n° 505.

Enfant P... Mère 24 ans, I pare.

Nie tout accident syphilitique. Elle accouche au dehors. L'enfant meurt le troisième jour très cyanosé.

A l'autopsie : Rien de particulier au cœur. Les poumons présentent des tâches de Tardieu très nombreuses. Signes très nets de congestion aux bases. L'épreuve de la docimasie est négative. Cerveau congestionné très diffluent.

Poids du fœtus : 2.920 gr.

Placenta : Pas apporté.

Foie : 400. Rapport 1/29.

Rate : 9. Rapport 1/323.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wagner négatif.

OBSERVATION LIII

4 mai 1912, n° 225.

Enfant D.. Mère 34 ans, I pare.

Sans aucun antécédent spécifique. Elle accouche d'un enfant cyanosé qui n'a vécu que cinq heures.

A l'autopsie : Rien de particulier aux organes, en particulier pas de malformations cardiaques.

Poids du fœtus : 2.040 gr.

Placenta : 350. Rapport 1/5,2.

Foie : 80. Rapport 1/25.

Rate : 7. Rapport 1/290.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LIV

5 avril 1912, n° 352.

Enfant B... Mère 35 ans, IV pare.

1^{er} accouchement macéré.

2^e accouchement 1908 spontané.

3^e accouchement 1911, fausse-couche de trois mois.

4^e actuel, l'enfant meurt à la fin du travail (bassin rétréci).

On ne retrouve aucun antécédent spécifique dans l'histoire pathologique de la malade.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 3.030 gr.

Placenta : 380. Rapport 1/8.

Rate : 40. Rapport 1/300.

Signe de Wegner négatif.

Rien aux autres organes et en particulier pas de malformations cardiaques.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LV

18 avril 1912, n° 400.

Enfant F... Mère 49 ans, II pare.

1^{er} accouchement 1911, Enfant mort à six mois, d'entérite.

2 actuel. Enfant cyanosé qui, mis dans une couveuse à oxygène, a vécu deux heures.

Poids du fœtus : 2.630 gr.

Placenta : 370. Rapport 1/7.

Foie : 95. Rapport 1/27.

Rate : 6. Rapport 1/400.

Signe de Wegner négatif.

Rien aux autres organes, en particulier pas de malformations cardiaques.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LVI

25 mai 1912, n° 519.

Enfant M... Mère 33 ans, III pare.

1^{er} accouchement ayant nécessité une application de forceps, enfant mort vingt-quatre heures après.

2^e accouchement normal.

3^e accouchement actuel, l'enfant meurt quarante-huit heures après sa naissance.

On ne retrouve aucune trace de syphilis chez la mère.

A l'autopsie : Pas de lésions ni de malformations viscérales.

Poids du fœtus : 2.140 gr.

Placenta : 580. Rapport 1/4.

Foie : 110. Rapport 1/20.

Rate : 6. Rapport 1/300.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LVII

28 mai 1911.

Enfant M... Mère 45 ans, I pare.

Présente dans ses urines un gros disque d'albumine, nie tout accident spécifique. Elle accouche d'un enfant mort-né.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 4.820 gr.
Placenta : 270. Rapport 1/6.
Foie : 60. Rapport 1/30.
Rate : 10. Rapport 1/482.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LXVIII

2 janvier 1912, n° 7.
Enfant B... Mère 25 ans, I pare.
Ne présente aucun signe de spécificité. L'enfant meurt le 16 de broncho-pneumonie.
A l'autopsie : Lésions pulmonaires de la broncho-pneumonie.
Poids du fœtus : 4.110 gr.
Placenta : 580. Rapport 1/7.
Foie : 135. Rapport 1/30.
Rate : 34. Rapport 1/120.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LIX

8 juin 1912, n° 572.
Enfant T... Mère 34 ans, II pare, sans antécédents spécifiques.
1^{er} accouchement en 1906, enfant mort à 3 jours, d'affection inconnue.
2^e actuel, enfant mort pendant le travail.
A l'autopsie : Enfant présentant une teinte cyanique sur tout le corps, globes oculaires troubles, pas de trace de macération.
Poids du fœtus : 3.100 gr.
Placenta : 520. Rapport 1/6.
Foie : 135. Rapport 1/23.
Rate : 5. Rapport 600.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LX

20 juin 1912, n° 608.
Enfant M... Mère 27 ans, I pare.
A présenté quelques céphalées. Elle accouche d'un enfant en état de macération peu avancée. Aurait présenté un peu d'albumine pendant sa grossesse.
A l'autopsie : poids du fœtus : 2.210 gr.

Placenta : 250. Rapport 1/8.
Foie : 125. Rapport 1/17.
Rate : 5. Rapport 1/440.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LXI

11 juillet 1912, n° 667.
Enfant B... Mère 28 ans, II pare.
1^{er} accouchement prématuré en 1908, à la suite d'une fièvre typhoïde.
2^e actuel, mort-né.
La malade accuse de l'alopécie, quelques céphalées pendant sa grossesse.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.500 gr.
Placenta : 530. Rapport 1/4,4.
Foie : 125. Rapport 1/20.
Rate : 10. Rapport 1/250.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LXII

13 juillet 1912, n° 675.
Enfant M... Mère 31 ans, I pare.
A présenté des céphalées pendant toute sa grossesse. Elle accouche de deux enfants, dont un macéré.
A l'autopsie : Macération avancée. Fonte de l'œil. Le placenta est en voie de putréfaction.
Poids du fœtus : 2.400 gr.
Placenta : 400. Rapport 1/5.
Foie : 700. Rapport 1/30.
Rate : 5. Rapport 400.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner positif.

OBSERVATION LXIII

19 juillet 1912, n° 688.
Enfant B... Mère 20 ans, I pare.
Rachitique, présente un bassin généralement rétréci. L'enfant extrait par forceps, n'a pu être ranimé.
La mère a présenté pendant sa grossesse des céphalées, de la laryngite.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 3.050 gr.
Placenta : 600. Rapport 1/5.
Foie : 180. Rapport 1/17.
Rate : 15. Rapport 1/205.
Signe de Wegner positif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner positif.

OBSERVATION LXIV

5 septembre 1912, n° 829.
Enfant P... Mère 23 ans, I pare.
Albuminurie importante pendant la grossesse. Accouche d'un macéré.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 2.900 gr.
Placenta : 700. Rapport 1/4.
Foie : 140. Rapport 1/20.
Rate : 8. Rapport 1/300.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LXV

7 octobre 1912, n° 923.
Enfant L... Mère 22 ans, I pare.
Pas de signes de spécificité. Hydramnios et présentation de l'épaule.
On est contraint de pratiquer une embryotomie cervicale.
A l'autopsie :
Poids du fœtus : 1.350 gr.
Placenta : 360. Rapport 1/4.
Foie : 54. Rapport 1/25.
Rate : 5. Rapport 1/270.
Signe de Wegner négatif.
En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LXVI

16 octobre 1912, n° 941.
Enfant C... Mère 25 ans, II pare.
1^{er} accouchement en 1904, normal, ignore le sort ultérieur de l'enfant.
2^e actuel, placenta prævia et présentation de l'épaule. On pratique le Braxton Hicks. L'enfant meurt pendant l'extraction.
A l'autopsie : Poids du fœtus : 1.700 gr.
Placenta : 530. Rapport 1/3.
Foie : 95. Rapport 1/17.

Rate : 6. Rapport : 1/280.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

OBSERVATION LXVII

18 octobre, n° 950.

Enfant P... Mère 23 ans, 1^{er} pare.

Présente un bassin généralement rétréci. L'enfant a vécu 13 heures.

La mère ne présente aucun antécédent syphilitique.

A l'autopsie : Poids du fœtus : 830 gr.

Placenta : 270. Rapport 1/3.

Foie : 40. Rapport 1/20.

Rate : 4. Rapport 1/200.

Signe de Wegner négatif.

En résumé : Pas de syphilis, Wegner négatif.

Aussi sur 27 cas non syphilitiques, nous avons trouvé 3 fois le signe de Wegner positif, 2 fois douteux et 22 fois négatif. Ce qui fait pour les cas positifs une moyenne de 11 %.

Parmi les cas négatifs nous avons trouvé 4 macérés (n°s 45, 46, 60), 9 morts pendant le travail (n°s 44, 47, 48, 54, 57, 59, 61, 65, 66), 9 ayant vécu de quelques heures à plusieurs jours (n°s 41, 42, 49, 52, 53, 55, 56, 58, 67.)

Parmi les 3 cas positifs, un seul était macéré (n° 62), l'un a vécu quelques instants (n° 43), le troisième est mort par suite des difficultés mécaniques de l'accouchement.

§ IV. — DISCUSSION DES OBSERVATIONS.

RÉSULTATS DÉFINITIFS.

Avant d'en présenter la discussion, nous présentons sous forme de tableau les résultats obtenus :

Syphilis certaine	{	Wegner positif : 13	soit	76 0/0
		— douteux : 2	soit	11,5 0/0
17 cas	{	— négatif : 2	soit	11,5 0/0
Syphilis probable	{	Wegner positif : 16	soit	69,5 0/0
		— douteux : 0	soit	0 0/0
23 cas	{	— négatif : 7	soit	30,5 0/0
Pas de Syphilis	{	Wegner positif : 3	soit	11 0/0
		— douteux : 2	soit	2 0/0
27 cas	{	— négatif : 22	soit	82 0/0

En possession de ces résultats, nous pouvons maintenant entrer dans une discussion générale des faits que nous avons relatés. Elle portera sur trois points : 1° Les lésions que nous avons observées sont-elles bien de nature spécifique ? 2° qu'elle en est leur fréquence ? 3° qu'elle est la date de leur apparition.

Sur le premier point on pourrait nous objecter que nous avons souvent observé des phénomènes de macération et que le signe de Wegner est un signe de macération. Il est exact que dans certains cas de macération avancée, on observe une altération profonde de l'os avec ramollissement complet du cartilage et disjonction épiphysaire. Dans de pareils cas, il est certain que les altérations osseuses dues à la syphilis héréditaire sont complètement transformées ou du moins défigurées. A la fin des différents chapitres qui relataient nos observations, nous avons, dans le but de répondre à cette objection, mentionné les fœtus macérés chez lesquels nous avons retrouvé les altérations typiques, tandis qu'à côté nous mentionnions également d'autres macérés chez lesquels nous ne les avons point trouvées.

Sur les 29 cas de macération que nous avons observés dans les catégories réunies de syphilis cer-

taine et syphilis probable, nous avons trouvé 22 fois le signe de Wegner positif et 7 fois négatif.

Parmi ces 22 cas où nous avons trouvé la lésion typique, la macération était peu avancée (obs. 3, 6, 9, 13, 21, 24, 30, 32, 36, 38, 39), très avancée (obs. 15, 16, 17, 20, 25), son degré n'était pas signalé (obs. 18, 28, 29, 31, 34, 37.)

Parmi les 7 cas où la recherche du signe de Wegner a été négative, le degré de macération n'était pas signalé dans les observations 8, 11, 23, ; mais elle était très avancée dans les observations 22, 27, 33, 40. Il est possible que dans ces derniers cas la recherche ait été négative en raison des phénomènes surajoutés de macération.

Par cet exposé détaillé, on peut voir que nous étions prévenus contre l'erreur possible et parfois commise de confondre les altérations spécifiques avec les phénomènes de macération. Chaque fois que pareille confusion était possible, nous n'avons même pas conclu par le terme douteux mais bien par la négative.

Nous concluons donc à la réalité des lésions spécifiques typiques qui ont été précédemment observés.

Un deuxième point à examiner est la fréquence de ces lésions. Wegner déclare les avoir trouvées chez tous les sujets atteints de syphilis héréditaire évidente et chez tous les enfants qui avaient été mis au monde par une mère syphilitique. La question n'a guère été reprise que par les Allemands qui avec Hecker, Winkel, Peters, Oberwarth ont trouvé cette lésion dans 50 % des cas. Nos résultats nous per-

mettent d'affirmer, même en éliminant les cas douteux où la lésion était légère et les cas masqués par les phénomènes de macération, que ces altérations se trouvent chez 76 % des sujets atteints de syphilis certaine, 69 % des sujets atteints de syphilis probable, soit en moyenne 72,5 %.

Mais il est un point particulier sur lequel nous devons attirer l'attention. Wegner n'avait jamais trouvé ces lésions sur le fœtus sain, Winkel a fait la même constatation et pour tous les auteurs allemands ce signe est vraiment pathognomonique. Or nous, dans nos cas catalogués non syphilitiques nous trouvons trois cas positifs dont un seul macéré (n° 62), un fœtus qui a vécu quelques instants (43), le troisième mort à la suite de manœuvres obstétricales (n° 63). Comment concilier ces faits ? Nous n'avons pas fait le diagnostic de syphilis parce qu'il nous manquait un ensemble de signes suffisant, mais nous sommes persuadés qu'il s'agissait là de véritables syphilitiques.

En effet de ce que nous n'ayons pas trouvé d'antécédents syphilitiques chez la mère, sommes-nous autorisés à nier formellement l'existence chez elle de cette infection ? Nous ne le croyons pas, pas que nous ne croyons être autorisés à nier la spécificité chez les enfants qui ne présentaient à part des rapports viscéraux un peu diminués ($1/4$ et $1/5$) pour le rapport placentaire aucun signe absolu de spécificité. Nous le croyons d'autant plus que Parrot a rapporté un cas (*Archives de physiologie normale et pathologique* page 133, 1876) « d'un nouveau né mort d'a-

threpsie qui n'avait eu aucune syphilide cuternée ou muqueuse et dont les viscères étaient exemptes de toute altération spécifique. Ces os longs présentaient des lésions manifestement syphilitiques. »

L'opinion d'Hochsinger vient nous fournir encore un argument quand il admet que les lésions squelettiques, ainsi que les altérations viscérales d'ailleurs, l'emportent sur les lésions tégumentaires bien visibles telles que le pemphigus ; et il l'explique par ce fait que le développement actif des viscères s'effectuant bien avant la peau, celle-ci n'est touchée que secondairement.

Si l'on remarque que sur ces trois cas positifs, deux ont porté sur des fœtus non macérés, on ne peut nous accuser d'avoir vu là des phénomènes de macération. Aussi nous croyons voir là deux cas de syphilis ignorée, uniquement décelée par les lésions osseuses, analogues à ceux que Parrot a rapportés. Nous estimons aussi devoir faire remarquer ici, qu'on ne saurait nous accuser de porter de façon générale un diagnostic de syphilis à la légère, puisque, dans ces deux cas positifs (n° 43 et 63) nous n'avons pas voulu porter le diagnostic sur les seuls signes d'altération du rapport placentaire qui était de 1/4 (obs. 43) et de 1/5 (obs. 63) avec en plus dans cette dernière observation de la céphale et de la laryngite.

Voici donc deux cas, où la recherche macroscopique du signe de Wegner a permis à elle seule de faire le diagnostic de syphilis, en l'absence des principaux signes cliniques de spécificité.

Nous passerons rapidement sur le troisième point. Quelle est la date d'apparition de ces lésions ?

Hochsinger, sans donner de chiffres bien précis, estime qu'elles apparaissent avant les lésions tégumentaires. Il dit les avoir constatées chez des fœtus âgés de cinq mois. Nous ne pouvons apporter aucun éclaircissement sur ce point, car tous les fœtus qui ont été examinés ici, avaient dépassés le cinquième mois. Mais nous pouvons dire que sa recherche peut être effectuée avec succès assez longtemps après la naissance, puisque dans une de nos observations (n° 14) il fut constaté après trois mois d'existence.

Pour résumer notre opinion sur la valeur du signe que nous avons étudié, nous disons :

La radiographie a une valeur indiscutable dans le diagnostic de la syphilis osseuse congénitale chez l'enfant vivant. Elle permet de reconnaître les productions ostéophytiques, les lésions du cartilage de conjugaison dans la moitié des cas environ et de prévenir ainsi dans une certaine mesure et par un traitement approprié, les désordres graves de la pseudo-paralysie.

La recherche macroscopique du signe de Wegner chez l'enfant mort, à condition d'en bien différencier les phénomènes de macération, donne une certitude plus grande que ne peuvent la donner les manifestations viscérales et tégumentaires, au diagnostic d'hérédosyphilis. Car si le pemphigus est considéré certainement jusqu'ici comme le meilleur signe de spécificité chez l'enfant et le plus caractéristique, sa fréquence n'est que de 65,7 % d'après Hochsinger ;

d'un autre côté, s'il apparaît quelquefois à la naissance, il ne se développe en général qu'au cours de la troisième semaine, pour atteindre son maximum dans les suivantes et décroître rapidement vers le sixième mois. Son apparition précoce donne au signe de Wegner une supériorité indiscutable.

Si ce diagnostic d'hérédo-syphilis a pour nous une importance considérable, ce n'est pas tant au point de vue de l'enfant actuellement sacrifié que dans l'intérêt de ceux qui seront conçus plus tard. Imprégnés de l'enseignement clinique et théorique de notre maître, nous avons pu nous rendre compte tant à la maternité qu'aux consultations de nourrissons, des ravages effrayants que cause la syphilis.

A cette heure où la question de la dépopulation se pose angoissante pour notre pays, il est du devoir de tout médecin de protéger les enfants du jour et même avant le jour où ils sont conçus.

Ces manifestations pathologiques de la syphilis ne sont malheureusement, le mot n'est pas trop fort, pas douloureuses. Aussi, si l'on excepte une classe sociale qui est pénétrée de l'importance d'un traitement spécifique régulier et continu, la majeure partie des malades ne se traite qu'imparfaitement et sans aucune suite ou pas du tout. C'est là un fait que tous les syphiligraphes ont constaté et devant lequel il restent impuissants.

Les accoucheurs eux, s'adressent presque exclusivement à l'élément maternel. Or, une femme imprégnée du virus syphilitique n'accouchera que de macérés ou d'enfants menacés d'accidents graves à une

échéance plus ou moins lointaine (thèse de Béringer). Il doit être facile de faire vibrer ce sentiment maternel et d'obtenir de ces mères qu'elles suivent un traitement régulier, dans l'intérêt de l'enfant qu'elles engendreront, ne fut-ce que pendant leur temps de grossesse.

C'est pour cela que nous estimons, lorsqu'une femme qui nie ou ignore toute contagion de nature syphilitique accouche d'un macéré ou d'un enfant mort sans lésions spécifiques évidentes, nous estimons, dis-je, qu'il y a lieu de rechercher systématiquement et dans tous les cas le signe de Wegner. Le médecin y trouvera de précieux renseignements sur l'existence d'une syphilis ignorée ou cachée et prescrira, avec plus d'insistance qu'il ne l'aurait peut-être fait, un traitement prophylactique, souvent difficile à faire suivre, mais indispensable dans l'intérêt des enfants à venir.

CONCLUSIONS

I. C'est Ranvier qui, en 1864, a donné le premier une description histologique des lésions du cartilage de conjugaison dans la syphilis osseuse héréditaire. Wegner en a donné le premier la description macroscopique et a complété l'étude histologique de Ranvier.

II. Wegner distingue trois stades dans l'évolution macroscopique des lésions :

1^{er} stade : Apparition entre la diaphyse et l'épiphyse d'une couche de blancheur éclatante épaisse de 2 millimètres, droite ou légèrement festonnée, de consistance friable ;

2^e stade : Cette couche augmente d'épaisseur, atteint 4 millimètres. Elle prend une apparence papillaire. Les parties cartilagineuses, incluses entre les papilles, tranchent par leur aspect bleuâtre et leur consistance particulièrement molle ;

3^e stade : Apparition d'une couche molle, gris rougeâtre ou jaunâtre puriforme.

Cette recherche macroscopique est facile, les lésions sont nettement visibles dès le 2^e stade.

III. L'apparition de ces lésions est précoce, elles apparaissent avant les lésions tégumentaires.

IV. La lésion se manifeste au point de vue radiographique dans 42 % des cas, et au point de vue macroscopique dans 72,5 % des cas. Dans ce dernier chiffre n'entrent point les cas qualifiés douteux, ceux qui ont pu être masqués par les phénomènes de macération et les 3 cas positifs que nous avons relatés dans les observations classées non syphilitiques par suite de l'absence d'autres preuves cliniques.

V. Cette recherche radiographique a une valeur diagnostique biopsique.

Si la recherche macroscopique n'a qu'une valeur diagnostique nécropsique, elle donne une certitude presque absolue au diagnostic d'hérédo-syphilis. Ceci permet d'exiger avec plus d'insistance de la part des procréateurs un traitement spécifique prophylactique en vue des grossesses ultérieures.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FABRE.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALDIBERT, Ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de 2 ans (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, juin 1894).
- BAERENSPRUNG. — La syphilis héréditaire, Berlin, 1864.
- BARGIONI. — De la variole et de la syphilis chez un enfant nouveau-né. (La Sperimentale, juillet).
- BERHEND. — Syphilis héréditaire. Deutsche Zeitschrift f. product. medicin. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1879-1880, p. 305).
- BÉRINGER. — De l'influence tardive de la syphilis sur la grossesse. (Thèse de Lyon 1906).
- BLAISE. — Etat actuel de la science sur la syphilis héréditaire. (Th. d'agrégation, Paris 1883).
- BOURGES. — Pseudo-paralysie syphilitique. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, p. 570, 1892).
- BROCA. — Pseudo-paralysie syphilitique. (Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie 1903, p. 461).
- Leçons cliniques (2^e série). Pseudo-paralysie syphilitique 590.
- Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, p. 51.
- BROUARDEL et GILBERT. — Maladie des os.
- CHARPIN. — Observation des lésions osseuses chez un enfant syphilitique. (Gazette médicale de Paris, p. 424 et 460, 1873).
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 1905.
- COSSY. — Observations avec autopsie d'un nourrisson syphilitique. (Société anatomique, février 1881).
- COMBY. — Revue des maladies de l'enfance, octobre 1891.
- CADET DE GASSICOURT. — Société médicale des hôpitaux, février 1891.
- CHOLLET. — Pseudo-paralysie de Parrot. (Th. Bordeaux 1895).
- DIDAY. — Traité pratique de la syphilis des nouveaux-nés, Paris 1854.

- Dron. — Fémur d'enfant syphilitique. (Lyon médical 1877).
- DUBAR. — Anatomie pathologique des ostéites. (Th. d'agrégation, Paris 1883).
- D'ASTROS. — Observation avec autopsie d'un nourrisson syphilitique; lésions osseuses. (Marseille Médical 1886).
- D'ESPINE. — Manuel pratique des maladies de l'enfance 1889).
- DARDENNE. — Ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de 2 ans. (Th. de Toulouse 1894).
- Dron. — Os de nouveaux-nés syphilitiques. (Annales de dermatologie et syphiligraphie 1894).
- DURCK et GOUGET. — Atlas manuel d'histologie pathologique 1902.
- FOURNIER. — Syphilis infantile. Tumeur développée sur la partie inférieure de l'humérus. (Société médicale des hôpitaux de Paris 1865, p. 51).
- Un cas de syphilis héréditaire caractérisé par une infiltration gommeuse quasi généralisée. (Gazette des hôpitaux n° 150) 1837.
- La syphilis héréditaire tardive 1886.
- FABRE. — Précis d'obstétrique 1910.
- FABRE et TRILLAT. — De l'emploi de la radiographie pour la recherche des lésions du cartilage de conjugaison dans la syphilis héréditaire. (Société d'obstétrique 1908-1909, p. 433).
- FRUHINSOHE. — Revue d'hygiène et de médecine infantile (publiée sous la direction de H. Rostchild) 1903, tome III, n° 1.
- GAUCHER. — Syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur. Pseudo-paralysie syphilitique. Leçon de l'hôpital St-Louis (Revue internationale de médecine et de chirurgie 1904).
- GUENIOT. — Ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os avec décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau né. (Gazette des hôpitaux, 1869, et mémoire de Parrot inséré dans les archives de physiologie normale et pathologique de 1872).
- GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os 1894.
- GOUETZ. — Contribution à l'étude de la maladie de Parrot. (Th. Paris 1876).
- GILBERT. — Disjonction épiphysaire des nouveaux-nés syphilitiques. (Th. de Paris 1899).
- HALFOPPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis 1911.
- HAB. — Décollement épiphysaire syphilitique. (Vuchow. Archiv. Bd. LXV, S. 366).
- HECKER. — Beiträge zur histologie und Pathologie der kongenitalen syphilis 1898.
- HOCHSINGER. — Etude sur la syphilis héréditaire. Vienne 1898.

Radiographie d'os d'enfants syphilitiques. (Annales de dermatologie et syphiligraphie et Congrès de la Société allemande de dermatologie, mai 1912).

Syphilis précoce héréditaire sans exanthème. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie et Archiv. f. dermat. et syph. Bd. LXVI S. 163).

Studien über die hereditäre syphilis. Knochenkrankungen und Bewegungstörungen bei der angeborenen früh-syphilis, Leipzig et Vienne, F. Deuticke, éditeur.

LANCEREAUX. — Traité histologique et pratique de la syphilis, Paris 1874.

LESSER. — Traité des affections cutanées et vénériennes.

LEWIN. — Annalen der Charité Jahrgang XIV, 1868, S.120, n° 251.

LAFFITTE. — Pseudo paralysie syphilitique. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1887).

LABBÉ MARCEL. — Un cas de pseudo paralysie des membres inférieurs exostoses symétriques des fémurs. (Société anatomique, juillet 1896).

Syphilis héréditaire précoce. Pseudo paralysie. (Société anatomique, mars 1897).

Syphilis héréditaire et exostose. (Revue d'orthopédie, 1897).

Disjonction épiphysaire des nouveaux-nés syphilitiques. (Presse médicale, septembre 1900).

LANNELONIQUE. — Syphilis osseuse héréditaire chez les nouveaux-nés (maladie de Parrot), chez les enfants et les adolescents, chez les adultes et les vieillards (maladie de Paget). Académie de médecine 1903.

LEVADITI. — Syphilis congénitale et spirochete pallida de schaudinn. (Semaine médicale 1905, n° 21).

Syphilis congénitale et spirochete. C. R. Soc. de biologie, Paris 1905, t. LVIII, p. 845.

L'histologie pathologique de l'hérédosyphilis dans ses rapports avec le spirochete pallida. (C. R. Soc. de biologie, Paris 1905, n° 30, p. 342).

LEVADITI et SAUVAGE. — Sur un cas de syphilis tardive avec présence de spirochete dans les viscères. (C. R. Soc. de biologie, 28 oct. 1905, p. 344).

MARFAN. — Revue des maladies de l'enfance, mai 1906.

Rachitisme et syphilis. (Sem. méd., 2 oct. 1907).

MAYR. — Tahrbuch. f. kurtherheilk. 1862, S. 7.

MOUSSOV. — Hérédosyphilis. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1895).

MONCORVO. — Pseudo paralysies syphilitiques suivies de guérison. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1898).

OBERWARTH. — Jahrb. für kinderheilk, mai 1899.

PARROT. — Sur une pseudo paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveaux-nés atteints de syphilis héréditaire. (Arch. de physiologie normale et pathologique, p. 319-333, 470-490, 613-623, 1872).

Pseudo paralysie chez les nouveaux nés atteints de syphilis du système osseux (Mémoire de la Société de Biologie, p. 74). 1872.

Syphilis héréditaire avec lésions osseuses (deux observations avec autopsie). (Mémoires de la Société de Biologie, p. 119. 1872).

Etude histologique des ostéophytes des os longs d'un enfant de 6 semaines 1873 (Société anatomique p. 248).

Observations avec autopsie de syphilis infantile, lésions osseuses (Société anatomique. 1875. p. 156 et 513.

Lésions osseuses de la syphilis héréditaire et le rachitisme. (Archives de physiologie normale et pathologique. 1876, p. 133).

Pseudo-paralysie syphilitique. (Progrès médical, 1877).

Pseudo-paralysie syphilitique. (Progrès médical, 1878).

Deux observations avec autopsie de syphilis osseuse chez le nourrisson. (Société anatomique, octobre 1878).

PELLIZARI et TAFFANI. — Malattia delle ossa da sifilide ereditaria.

PONCET. — Douze cas avec autopsie de syphilis infantile. (Société anatomique, p. 118. 1874).

PORSACK. — Syphilis osseuse héréditaire. Fractures spontanées multiples. Pseudo-paralysie des membres supérieurs liée à ces fractures. (Bulletin de la Société de Chirurgie, p. 608. 1877).

POIRIER et CHARPY. — Anatomie humaine.

PENARD, — Etude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire. (Gazette des Hôpitaux, n° 48, p. 567 et 603) 1908.

PETERS, — Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär. Syphilitischen Neugeborenen und Sauglingen Jahrb. f. Kin. de. heilkunde, 53, Bd. 1901.

RANVIER. — Lésions du foie et des os constatées chez un nouveau-né syphilitique. (Société de Biologie. 1864).

ROSEN. — Traité des maladies des enfants: traduction française, 1778. p. 550.

ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies des enfants. 1883.

RENAUT. — Traité d'histologie pratique. 1899.

- J. RENAUT. — Ostéomyélite des nourrissons. Ses rapports avec la pseudo-paralysie syphilitique. (Th. de Paris) 1903.
- RAYOT. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des os longs chez le nourrisson (Th. de Lyon, 1905).
- SEVESTRE. — Société médicale des hôpitaux. 1891.
- SISTO. — Signe de Sisto dans l'hérédo-syphilis infantile. (Journal de Pédiatrie, 25 octobre 1912).
- SPILLMANN. — Archives de médecine, 1872.
Syphilis osseuse, syphilis acquise, 1909.
- SCHERER. — Jahrb. f. Kinderkrankheiten, 1902.
- SCHWETZOW. — Die pathologischen, anatomischen Veränderungen in den Ephyphen der langen Röhren knochen bei hereditär syphilitischen neugeborenen. St-Péterbourg. 1898.
- TAYLOR. — Syphilitic lésion. New-York. 1875. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie).
- TROISIER. — Observation avec autopsie d'un nourrisson syphilitique; lésions osseuses. (Société médicale des hôpitaux, séance du 27 avril 1883).
- THIEBERGE. — Lésions osseuses suppurées chez un nouveau-né syphilitique. Autopsie et examen bactériologique. (Bulletin de la Société anatomique du mois d'octobre. 1885).
- TESTUT. — Anatomie humaine.
- THOMSEN. — De la valeur de la radiographie pour le diagnostic de la syphilis congénitale chez les nouveaux-nés. Bibliotek for Læger. Janvier 1907.
- TRIPPIER. — Traité d'anatomie pathologique générale. (1904).
- UNDERWOOD. — Traité des maladies des enfants. Traduction française, 1876.
- VALLEIX. — Observations et réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs. avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un enfant nouveau-né. (Bulletin de la Société anatomique). 1834.
- WEGNER. — [Ueber hereditäre Knochen Syphilis bei jungen Kinder (Archiv. f. Patholog Anatomie and Physiologie (Archives de Virchow. Bd. L. S. 305). 1870.
Archives de médecine. 1872. p. 345.
- WALDEYER et KOBNER. — Beiträge zur Kenntniss der hereditäre Knochen syphilis (Virchow Arch. Bd. L. V. S. 367).
- WINCKEL. — Handbuch. t. II. page 617.
- ZAPPERT. — Un cas de lésions médullaires provoquant une paralysie simulant la pseudo-paralysie. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd XLVI. p. 347.

TABLE DES MATIÈRES

Exposé général de la question	11
Historique.....	13
PREMIÈRE PARTIE : <i>Etude anatomo pathologique</i>	
CHAPITRE I. — L'os chez le nouveau né.....	22
§ I. Etude macroscopique	22
§ II. Etude microscopique.....	25
CHAPITRE II. — Etude macroscopique des lésions de la syphilis osseuse héréditaire.....	29
§ I. Lésions des os longs.....	29
a) Description de Wegner.....	29
b) — Parrot.....	32
c) Recherches ultérieures	33
§ II. Lésions des os plats.....	33
§ III. Répartition sur le squelette de ces lésions	35
CHAPITRE III. — Etude histo-pathologique des lésions de la syphilis osseuse héréditaire.....	37
§ I. Lésions des os long.....	38
a) Description de Wegner	38
b) — Parrot.....	41
c) — Waldeyer, de Labbé.....	42
d) — recherches ultérieures...	42
§ II. Lésions des os plats	45
§ III. Lésions musculaires et nerveuses concomittantes.....	45
CHAPITRE IV. — Nature des lésions. Leur pathogénie.....	47
DEUXIÈME PARTIE : <i>Etude clinique et radiographique...</i>	
CHAPITRE I. — Etude clinique.....	51
— II. — Etude radiographique.....	61
TROISIÈME PARTIE : <i>Observations et interprétations des résultats</i>	
§ I. Observations : Cas de syphilis certaine...	73
§ II. Cas de syphilis probable.....	81
§ III. — Cas non syphilitiques.....	90
§ IV. — Discussion des observations. Résultats	99
Conclusions.....	107
Bibliographie	109

